Commission on the Future of Health Care in Canada

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

DISCUSSION PAPER NO. 18

Federalism and Health Care: The Impact of Political-Institutional Dynamics on the Canadian Health Care System

by

François Rocher
Carleton University

Miriam Smith
Carleton University

August 2002

Catalogue No. CP32-79/18-2002E-IN
ISBN 0-662-32788-8

Although the views expressed in the paper are those of the author(s), each of the papers was subjected to an independent peer-review process. The Commission would like to thank the Institute of Health Services and Policy Research (IHSPR) of the Canadian Institute of Health Research for their oversight and administration of the peer-review process for these papers. The work of the authors, the reviewers and IHSPR will serve to make these papers an important contribution to the Commission's work and its legacy.

Contents

Highlights iv

Executive Summary v

Effect of Political Institutions on Public Policy: Canadian and Comparative Evidence 1

Historical Evolution of Policymaking in the Canadian Health Care System 5
- Division of Powers, *Constitution Act, 1867* 5
- Historical Evolution of Canadian Federalism 5
- Historical Evolution of Medicare 7
- Established Program Financing 7
- *Canada Health Act*, 1984 8
- Retrenchment under the Mulroney Governments 10
- Canada Health and Social Transfer and Its Consequences 11
- The Fiscal Imbalance 14
- Social Union Framework Agreement 17

Some Comparative Considerations: The German and Australian Cases 19

Recommendations for Change 24

Bibliography 26

Highlights

This paper surveys the relationship between the federal government and the provinces in health care policymaking over time. It examines the way in which the division of powers in the health care system has been shared between the two levels of government, as well as the conflicts that have arisen over direction in Medicare spending and policies. The paper surveys the comparative literature on the impact of institutional differences on policymaking, as well as the historical evolution of federalism and the health care system. The paper also explores comparable federal systems such as Australia, Germany and the United States, as well as describes possible impacts of globalization and recently established trade agreements on the evolution of Canadian health care.

The paper argues that greater cooperation between the federal government and the provinces could be achieved by eliminating the Canada Health and Social Transfer and the counting of tax points in funding the system. Instead, the principles of partnership, transparency, accountability and citizen involvement should be entrenched and agreed to by all the parties. We advocate a return to 50-50 block funding by the federal government and a reinforcement of the principles of the *Canada Health Act*, but with the establishment of an intergovernmental mechanism that would also permit participation by stakeholders in the system.

Executive Summary

This paper surveys the relationship between the federal government and the provinces in health care policymaking over time. It examines the way in which the division of powers in the health care system has been shared between the two levels of government, as well as the conflicts that have arisen over direction in Medicare spending and policies. The paper surveys the comparative literature on the impact of institutional differences on policymaking, as well as the historical evolution of federalism and the health care system. The paper also explores comparable federal systems such as Australia, Germany and the United States, as well as describes possible impacts of globalization and recently established trade agreements on the evolution of Canadian health care.

In this study, we were asked to explore four central questions: Are there sectors in which federal-provincial relations are more harmonious and which could lead to great innovation in the system? How do federal-provincial relations in Canada compare to other countries? How do other countries deal with their tensions? What changes should be brought to the mechanisms of cooperation between the two levels of government in order to improve relations between them over the long term?

Our survey of the political institutional literature suggests that governments, both federal and provincial, will naturally defend their own turf. Most conflicts between the two levels of government naturally concern financial and fiscal issues. The Canadian case is somewhat different from other cases in that the government of Quebec is a particularly strong defender of the original division of powers as outlined in the *Constitution Act, 1867*. While other Canadian provinces have proven flexible in terms of their interpretation of the jurisdictional division (although all provinces have raised the issue of vertical fiscal imbalance), Quebec has not been willing to sacrifice its powers, as we can see from the fact that the government of Quebec did not sign on to the Social Union Framework Agreement (SUFA).

SUFA is often viewed as providing a model for a more harmonious relationship. However, we do not believe that this model is workable and we would reiterate the points made by the government of Quebec. The model of federal provincial diplomacy or intergovernmental negotiation has been successful across a broad range of federal-provincial relations, especially when these negotiations are based on the principles of mutual respect, partnership and equality of status of the participating governments. These principles could be more successfully applied in the health care sector than they have been in the past, as we will discuss in the paper.

Our comparative analysis demonstrates that tensions between federal and subnational governments are found in all federal systems except in cases such as Australia's, in which one level of government dominates the health care area. We do not believe that the Australian or American models are helpful; in the Australian case, the dominance of the federal government would never be accepted by provincial governments (particularly but not exclusively Quebec) and would upset the historical institutional relationships between the two levels of government in this area. The American case is not particularly relevant because it is based on a patchwork of programs (Medicare and Medicaid) and is still an overwhelmingly private system. However, we believe that the institutionalization of stakeholders in the system in the German model, as well as

the stable and long-term commitment to funding in that system are two ideas that should be taken up in Canada.

The general principles that should guide cooperation between the two levels of government are: equal partnership between the federal and provincial governments in managing the health care system; stability, transparency and accountability in funding the system over time; and citizen and stakeholder involvement and input into the management of the system. In addition, we assume that we will maintain a public health care system, without opening the door to significant privatization, and that we will maintain the principle of a public, universal, accessible and portable system according to the 1984 *Canada Health Act*. Specifically, we believe that the Canada Health and Social Transfer (CHST) and the counting of tax points transferred from one level of government to another are not consistent with these principles. They have introduced instability and uncertainty into the funding system, caused systematic underfunding and fiscal disequilibrium in the system, and have opened the door to political forces both in Canada and continentally, who favour privatization in whole or in part of the system. In our view, it is absolutely essential that the federal government dispense with both the CHST and with debates over the transferred tax points. We believe that the best system would be one in which there was a single block grant for health care from the federal government, governed by the general principles of the *Canada Health Act*, but with the flexibility of a limited opting out mechanism. We believe that the government should make a long-term commitment to a gradual return to a 50-50 funding of health care, and that the federal transfer to the provinces for health care should be mandated as health care spending for the provinces. Further, we believe that intergovernmental mechanisms to manage the federal provincial relationship in health care should institutionalize relationships between health ministers and, as in the German model, include other stakeholders. Along the same lines, in accordance with these principles and new mechanisms, the federal government should not undertake unilateral initiatives in using its spending power in provincial jurisdiction but should propose new health care initiatives through this new intergovernmental institution.

Effect of Political Institutions on Public Policy: Canadian and Comparative Evidence

The object of this study is to explore the effects of federal political institutions on the viability, efficiency and adaptability of the Canadian health care system. As such, the main question of the study taps into one of the major questions of political science itself, namely, the impact of political institutions such as federalism on policymaking and politics, and the ways in which policies may be designed for greater or lesser efficiency or adaptability. In particular, institutionalist perspectives in political science have focused theoretically and empirically on these questions with respect to the overall shape of welfare state development (Liebfried and Pierson 1995; Pierson 2001) as well as the specific case of Canadian health care (Maoini 1998). In this section, we will briefly review the Canadian and comparative literature on the impact of federal political institutions on policies and policymaking.

One of the main questions of the Canadian and comparative literature is the impact of federalism on public provision in social policy. Does federalism inhibit public provision and retard the development of the welfare state in the first instance? How does federalism shape the policy design of social policies, once such policies have been adopted? Does federalism create obstacles to restructuring and retrenchment, just as it might have originally inhibited social policy construction? Or, are the dynamics governing retrenchment quite different from those that govern program creation and expansion (Pierson 1994)? Does federalism create a social policy system of what Alan C. Cairns has called "constitutional conservatism" (1971), which makes the system less adaptable, flexible and open to change than it might otherwise be? Once social programs have been established, does federalism create obstacles to the retrenchment and restructuring of such programs and, as such, render the system impervious to certain types of policy change?

Federalism may inhibit policy change and adaptability for a number of reasons. Where jurisdiction over social policy is shared between federal and provincial governments such as in the area of contributory pensions, the consent of both levels of government is necessary for social policy establishment and change. In cases in which provincial governments have jurisdiction, the federal government plays an important role by funding the social policies through the use of the spending power. The use of the federal spending power in areas of provincial jurisdiction has aroused major political and constitutional controversy as provinces have claimed that it is a violation of the federal principle for the federal government to shape or make policy by using its spending powers in policy areas that have been constitutionally assigned to provincial governments. Federalism complicates the policymaking process by multiplying the number of actors who have constitutional or political status in shaping policy (Weaver and Rockman 1992; Pierson, 1994; and Banting 1987). By multiplying the number of actors, federal political institutions multiply the number of veto points in the decision-making system, permitting each province and the federal government to veto the establishment of new policies or changes to existing social policies. In this regard, it is very important to note that the design and impact of federalism will vary across policy areas. The constitutional and political rules that govern contributory pensions are quite different from the constitutional and political rules that govern Medicare because the jurisdictions of governments in the Canadian federal

system are different in the two policy areas. In the area of contributory pensions, both levels of government have a clear constitutional authority (with provincial paramountcy), spelled out by the 1951 constitutional amendment. This has evolved over time into a set of clearly understood rules that govern the decision-making process (a seven and fifty decision rule plus the consent of Quebec) and a flexible policy design that allows provinces to opt out of the Canada Pension Plan, thus permitting a *de facto* special status for Quebec (Banting 1985). In Medicare, the situation is more fluid. With a few exceptions (e.g., health care for Aboriginal peoples), health care is squarely in provincial jurisdiction and the federal government's intervention is on more controversial political and constitutional ground in using its spending power to shape policy.

Does the multiplication of veto points in the federal system retard social policy development and change? The evidence on this point is mixed. Banting's comparative analysis of Canada's income security programs found that federalism had a moderately restraining impact on the development of income security (Banting 1987). However, analyses of the health care field specifically have found that federalism has been neutral in the development of Medicare. In a comparative analysis of the development of health policy in Canada and Australia, Gwendolyn Gray, for example, argues that the partisanship of government and the determination of politicians to enact (or not enact) Medicare was more important than the impact of federalism itself (1991). Others who have examined the development of the Canadian system have argued that, while federalism certainly affected the development of health policy, it did not prevent it or slow it down significantly (Tuohy 1993). Similarly, surveying a broad comparative examination of federalism and social policy in Europe and North Amer[illegible], Pierson concluded that there was no clear correlation between federalism and expansionist social policy (Pierson 1995).

The flip side of federal political institutions is that multiple veto points may also provide multiple points of access for policy change. This argument has two parts. First, as Antonia Maioni argued in her comparative study of the origins of the modern health care systems of Canada and the United States, the relatively decentralized shape of Canadian federalism permitted local experimentation in social policy, which led to the establishment of the contemporary Medicare model in Saskatchewan in hospital insurance in 1947 and medical insurance in 1961 (Maioni 1998; Trudeau 1968). From Saskatchewan, the Medicare model diffused to other provinces, in part because of the support of the federal government, which, as Maioni puts it, "acted as the agent for the diffusion of reform" (Maioni 1999, 99). Similarly, in the current period, policy change in one province could lead to diffusion throughout Canada, including the possibility that the delisting of medical services and opening the door for private insurance companies in one province could be diffused through other jurisdictions by a competitive race to the bottom. Just as the federal government diffused the expansion of Medicare throughout the country through the use of its spending power, so too the federal government may diffuse the retrenchment of Medicare by weakening its own funding and enforcement role. To date this dynamic has not really been considered in studies of retrenchment in social policy. The multiple veto point dimension of federalism has been used to argue that federalism complicates the process of making cuts to social programs (Pierson 1994; Pierson and Smith 1993), but it has not been developed systematically as an argument for the diffusion of incremental and invisible retrenchment over time. This applies particularly to a situation in which policy change may be occurring "by stealth" (Gray 1990) as the public role in health care is incrementally eroded by the rise of the private sector competition (Armstrong 1996). Noël has

recently presented a powerful argument against the view that decentralization creates a "race to the bottom" in welfare state provision and points out that a decentralized federal system may offer important opportunities to make social programs accountable, transparent to citizens, sensitive to local needs, and more effective and efficient in delivering solutions to public health problems (Noël 1999).

A second aspect of the multiple veto point argument is that such veto points also constitute political opportunities for organized social forces to influence the shape of policy. In a federal system in which responsibility for certain aspects of policy are shared between federal and provincial governments – as is the case in Medicare – groups may target both levels of government in seeking to influence health policy. If they fail at one level of government, they may attempt to influence the other level of government in what the American political scientist Grozin called "the multiple crack hypothesis," i.e., the idea that federalism provides groups with more than one chance at bat, to use a baseball analogy. Groups may even try to shift responsibility from one level of government to another if they perceive that the other level of government may be more favourable to their views. On the other hand, the involvement of multiple governments in the federal policymaking system also means that many intergovernmental mechanisms are used to coordinate policy. Executive federalism creates a dynamic in which bureaucrats often carry on negotiating policy issues beyond the reach of interest groups. Government to government bargaining can actually diminish the scope for interest group interaction in policymaking (Simeon 1972; Weir 1973).

In order to get beyond these conventional accounts of group interaction with political institutions in the health care sector, the concept of the policy community is a useful one (Pal 2001). This refers to the governmental and non-governmental organizations (NGOs) that are active in a particular policy sector (such as health care) and the patterns of their institutionalized interaction. The concept of the policy community can also be useful in specifying the role of citizen engagement and stakeholders from civil society in the process of policy change and reform. Recent work on interest organizations and governments suggests that governments and NGOs may be allies in the policymaking process and that, contrary to the traditional view of groups as shut out of intergovernmental relations, there have been recent initiative to bring NGOs into the process of policymaking (Fafard 1997).

Furthermore, in complex policy areas such as Medicare, in which there are a large number of highly specialized professional and expert interests such as hospital associations, and organizations of medical professionals such as doctors, rational choice theory has some obvious applicability. This theory suggests that specialized and narrow interests will find it easier to organize and that public policy will often reflect the interests of these narrowly organized interests (such as doctors or medical associations) at the expense of the public interest (Olson 1971). This is a major problem in the debate over Medicare. There are competing claims at work over how the problems of the system are to be defined. In particular, certain actors within the system, such as doctors, make claims to specialized knowledge and expertise that may be difficult for the public to assess and may even operate to the detriment of the public's definition of its interests. Private sector for-profit insurance companies may carve out specialized benefits for themselves from friendly governments at the expense of the public's clearly stated preference for and interest in an accessible, universal and portable system.

These diverse views of federalism and health care, however, agree that the arena of fiscal federalism and understanding the roles of the federal and provincial governments is complex and, as such, runs the risk of reinforcing a democratic deficit in Canada's political institutional system (Lazar 2000, 23-25). For the sake of the credibility, legitimacy and efficacy of a health care system about which Canadians care passionately, it is important to find ways in which, as in the Social Union Framework Agreement (SUFA), citizen engagement can be woven into Canada's institutions of federalism on health care issues.

To date, we do not have many systematic empirical studies of the way in which organized groups influence policymaking in the health care system at the federal and provincial levels that tests out these ideas (Tuohy 1988). Despite the lack of empirical evidence, it is important to emphasize that these perspectives have tested out in analyses of other policy areas in the Canadian context as well as in other countries with federal systems (for example, Gray 1991). Therefore, there is reason to think that these ideas might have some applicability in the Medicare area. If taken seriously, they suggest that federalism plays a very important policy-shaping role in the Medicare system and that suggestions for reform must take into account the possibility that federalism may facilitate policy change in some areas while creating obstacles to policy change in other areas. Well-designed reforms, whatever their specific content, must take these dynamics into account.

Historical Evolution of Policymaking in the Canadian Health Care System

Division of Powers, *Constitution Act, 1867*

In the 19th century, health care was considered to be a local and private matter rather than a matter of governmental responsibility and the Fathers of Confederation no more considered which government should have jurisdiction over Medicare than they considered which level of government should have jurisdiction over off-shore oil. As the Rowell-Sirois report (1940) pointed out, "[i]n 1867 the administration of public health was still in a very primitive state, the assumption being that health was a private matter and state assistance to protect or improve the health of the citizen was highly exceptional and tolerable only in emergencies"(Canada 1940, 33-34). Much public health activity was carried out by local and municipal authorities, which were under provincial jurisdiction.

Under the *Constitution Act, 1867*, all matters of "a merely local or private nature" were assigned exclusively to the provinces and the Act explicitly gave the provinces the exclusive authority to legislate for the establishment, maintenance and management of hospitals, asylums and charities (other than marine hospitals) in subsection 92(7). Federal responsibilities in this area occurred in relation to other areas of federal jurisdiction such as navigation, immigration, shipping, trade and commerce, Aboriginal peoples (or Indians in the words of the Act), public works and defence. By the interwar period, the Dominion Department of Health had been established to administer federal statutes on public health relating to narcotics, food and drug safety, leprosy, medical patents and public works. In addition, a Dominion Council of Health brought together the provincial and federal ministers of health to coordinate federal and provincial activities (Canada 1940, 32-33). This early intergovernmentalism foreshadowed the contemporary thicket of intergovernmental meetings and negotiations between the two levels of government in this area.

The federal spending power was the main means by which the federal government exerted authority in the health care area, however. The *Constitution Act, 1867* assigns a virtually unlimited authority to tax and spend to the federal government. Through the use of this power, the federal government has intervened in areas of provincial jurisdiction such as health care and has attempted to force the provinces to adhere to uniform national standards, and may shape the substance of policies that fall under provincial jurisdiction. National standards in Medicare, therefore, are enforced through the use of the federal spending power. The federal government has the option of financially supporting Medicare while the provinces have the responsibility for service design and delivery.

Historical Evolution of Canadian Federalism

While the division of powers between federal and provincial jurisdiction is set out in the *Constitution Act, 1867*, federal political institutions in Canada, like other federal systems, have changed and developed over time. As the federal system developed, the provincial governments

took on a greater role than had been originally anticipated by the Fathers of Confederation. During different historical periods, nearly every region of Canada experienced a movement of provincial assertiveness, ranging from the provincial rights movements in Ontario and Quebec immediately after Confederation, through the Progressive Party's Western challenge to Central Canada and the Maritime Rights Movement during the 1920s. The regional, national and linguistic diversity of Canada tended to reinforce provincial power. Furthermore, the transition from the laissez-faire state of the 19th century to the interventionist state of the 20th century as well as the processes of urbanization and industrialization demanded new types of policies from the federal government. Keynesian economic interventionism and the rise of the welfare state posed fundamental problems for the Canadian federal system. These problems reached a head during the Depression era, a veritable 20 years' crisis of Canadian federalism (Mallory 1954; Simeon and Robinson 1990). The provinces had responsibility for many areas of social policy according to the interpretation of jurisdictions in *The British North America Act* that had been provided by Canada's highest court of appeal prior to 1949, the Judicial Committee of the Privy Council (JCPC). However, the federal government had more solid sources of stable revenue and, hence, was in a better position to fund social programs.

The solution to this conundrum emerged in the postwar period as the federal government used its spending power in areas of provincial jurisdiction to build social programs. Further, during and after the war, the political will was found to amend the Constitution to provide for federal jurisdiction over unemployment insurance (1940) and contributory pensions (1951). From the 1940s to the 1960s, new forms of intergovernmental negotiation emerged as both orders of government had responsibilities for the newly emerging welfare state. Against this backdrop, hospital insurance and medical insurance emerged, first as the project of one province, and then as a project backed by the federal government as it spread throughout all of the provinces.

Throughout the postwar period, as the relationship between federal and provincial governments over social policy was recast, Quebec consistently asserted a distinctive position. During the pre-Quiet Revolution period, the Duplessis government was not interested in expanding the role of the Quebec government in the social policy area. After the Quiet Revolution, the Liberal and Union Nationale governments of the 1960s asserted Quebec's control over social policy. This became a major constitutional issue and resulted in a series of intergovernmental negotiations over issues such as pensions and Medicare. Following the Quiet Revolution of the 1960s, social policy was seen as an important lever of control and development for the Québec state (Vaillancourt 1988). Quebec governments sought a greater role for the provincial level of government in the development of social policy in constitutional negotiations. In Victoria in 1971, for example, it pushed the federal government to develop more flexible arrangements permitting an independent Quebec role in some social policy areas (such as pension policy in which Quebec established its own Quebec Pension Plan in tandem with the establishment of the Canada Pension Plan), and aimed to limit the reach of the federal spending power in areas of provincial jurisdiction in the 1980-81 Meech Lake and Charlottetown rounds of constitutional negotiation (Rocher 1992*a*, 87-98; 1992*b*, 23-36).

Historical Evolution of Medicare

Federalism provided particular institutional opportunities for governments at both provincial and federal levels who were committed to the establishment of Medicare. At both levels of government, the establishment of Medicare required the election of political parties committed to Medicare. At the provincial level, it was the election of the CCF government in Saskatchewan that provided the political will for the pursuit of hospital insurance in 1947, and health insurance in 1961. Provincial jurisdiction over health care allowed the pioneering CCF government of Tommy Douglas to establish hospital insurance in Saskatchewan in 1947. The federal government's spending power permitted a federal role in financing the plan and in creating incentives for other provinces to follow the Saskatchewan lead. After a long political battle, the federal government established a cost-sharing plan for hospital insurance in 1957 and, by 1961, all provinces had entered the plan (Taylor 1987). Again, in the field of health insurance, Saskatchewan was a pioneer, bringing in health insurance after a doctors' strike in 1961. Following the advent to the Liberal leadership of Lester Pearson, the Liberal government became an advocate of Medicare and put into place a cost-shared program in 1966.

Established Program Financing

By the mid-1970s, problems had emerged in the system. In the federal government's view, it had no means of controlling health care costs as the relevant spending decisions were made by provincial governments. The incentive for cost containment was reduced as the provinces were spending "fifty cent dollars" on health care. In turn, the provinces complained that federal funding of hospital and medical care insurance distorted provincial health care priorities by funding only two types of health care programs – hospital and medical care insurance (Taylor 1989, 89).

These concerns led to the negotiation of a new formula, Established Program Financing (EPF), governing health care and postsecondary education transfers to the provinces in 1977. The EPF established a per capita block grant from the federal government to the provinces. The grant was linked to a three-year rolling average of increases in per capita GNP. In addition, the federal government offered tax points equivalent to one-half of the existing federal contribution. Tax points are a percentage of personal and corporate income tax levied by the federal government. In transferring a percentage of income tax to the provinces, the federal government in effect transferred to the provinces the capacity to levy and to benefit from that percentage of taxation in the future. The original transfer of tax points equaled one-half of the 1976 federal transfer for health care and postsecondary education. Of course, the actual value of tax points in a given year under EPF fluctuated, depending on factors such as the state of the economy. In addition, EPF also contained equalization payments for poorer provinces to increase their tax point yield to the national average.

Thus transfers to the provinces after 1977 were comprised of two components: cash transfers and tax points. It is important to note that eligibility for tax point transfers was unconditional whereas conditions under the original Medicare legislation still applied to the per capita grant (Charles and Badgley 1987). The new formula loosened the link between federal funding and the

actual cost of Medicare. Under the pre-EPF system, the federal government had paid 50% of the actual costs of Medicare: in contrast, under EPF, the cash grant portion of the federal transfer was linked to growth in GNP, rather than to growth in actual health care costs. In addition, although the transfer was supposed to be divided between postsecondary education and health care with one-third of the total transfer (cash grant plus tax points) allocated to postsecondary education and two-thirds to health care, in fact, the transfer was not "tied." The federal government allowed the provinces to treat the transfer as general revenue and left the spending decisions in the hands of the provinces (Maslove 1992, 59).

The federal government had intended the new financing formula to restrain costs and to decrease the federal contribution. The transfer portion of the payments escalated by the three-year average rate of increase in GNP, in effect, a decremental cut because inflation rates in the health care sector were higher than the general rate of increase in the Consumer Price Index. However, because the rate of inflation in the late 1970s rose faster than actual health and education spending, the federal share of provincial spending on health care actually increased after EPF. Total EPF spending (including postsecondary education) resulted in an estimated $1.5 to $1.8 billion more in transfers to the provinces than they would have received under the pre-EPF formula (Canada. Parliamentary Task Force on Federal Provincial Relations 1981; Brown 1986, 111-132).

The complexity of the intergovernmental financing arrangements in the policy field contributed to the "invisibility" of information and can be seen in the fact that, post-EPF, each level of government blamed the other for mounting health care costs. The provincial governments claimed that the federal government was underfunding the system while the federal government claimed that the provincial governments were diverting the transfers to other uses, a charge later found to be without foundation (Charles and Badgley 1987, 51-52). In addition, when EPF (and the accompanying taxation agreements) was renewed for 1982-87, the federal government eliminated the revenue guarantee at a loss of an estimated $5 billion to the provinces for the 1982-87 period (Taylor 1989, 84). As Medicare costs increased, financial pressures on provincial governments opened the door to what was viewed as creeping privatization (increased extra billing by doctors and user fees in some provinces).

Canada Health Act, 1984

It was feared that extra billing and user fees would undermine the basic principles of Medicare. Both opened the door to a two-tiered health care system in which those who could afford to pay would have better access to certain types of services (depending on the extent and type of user fees and depending on the medical specialties that were most prone to extra billing). Ultimately, both practices could lead potentially to a situation in which some regions of the country might not have universal access to certain medical services.

While such measures did not affect large numbers of health care consumers, pressure mounted on the federal government to enforce its own conditions for federal financing. The federal government was seen as the guarantor of universal and accessible health care. The question was: How was the federal government to withhold funding from governments that

violated the principles of Medicare in this manner? In principle, the federal government, the enforcer of national standards in Medicare, should have been able to withhold federal funding if provinces violated the principles of Medicare. However, as federal bureaucrats discovered, neither the original Medicare legislation nor the EPF provided a formula for the federal government to enforce conditionality by means of the withholding of funds. Under EPF, tax points in any case could not be withheld from the provinces; the tax point portion of federal funding had already been transferred to the provinces and could not be easily "taken back" by the federal government from provinces that permitted user fees or extra billing. In principle, however, the cash grant portion of the grant could be withheld. However, neither the Medicare legislation nor EPF contained a formula for the dollar for dollar withholding of federal funding. The only way to bring recalcitrant provinces to heel was to withhold the entire cash grant portion of the transfer, a measure that would not only be a disproportionate penalty but that would also throw provincial health care financing into chaos.

To solve this problem, the Liberal government passed the *Canada Health Act* (1984), which strengthened and clarified the federal conditions for health care financing. The Act established clear criteria governing conditionality and provided for financial sanctions proportionate to the actual extent of user fees and extra billing permitted by the provinces. These conditions only applied to the cash portion of the federal transfer. The Act also required that the provinces clearly state the federal financing role in Medicare in public documents, thus increasing the federal government's visibility in this field. Finally, the Act provided that if provinces adopted binding arbitration (not required in the Act), they must permit the award to be debated in the legislature. This last change was made to accommodate the doctors who felt that public debate in the legislature would aid their cause (Taylor 1987).

The *Canada Health Act* outraged both doctors and provincial governments. The provinces argued that they had not been consulted, that the Act infringed on provincial jurisdiction for health care and that the Act did not solve the underfunding problem. Doctors also objected to the Act as an infringement of their entrepreneurial freedom (Canada. House of Commons 1983-84). As Caroline Tuohy has pointed out, the passage of the *Canada Health Act* is a striking example of the defeat of a powerful and concentrated interest group – doctors – in favour of a diffuse consumer interest (1988, 267-96).

This intervention must be seen in the light of party politics of the period. While the *Canada Health Act* was supported by all three federal parties (including the Mulroney Tories in opposition), the Act embodied several principles that had been critical to the Liberal government's vision of national unity. The Act confirmed the Liberals' willingness to intervene in areas of provincial jurisdiction and to use the federal government as an instrument to build national identities. The Liberals' centralizing version of Canadian federalism had reached its zenith in the 1980-82 period with the debate over the patriation of the Constitution, the entrenching of a charter of rights and the National Energy Program. By 1984, the government was close to the end of its mandate and had retreated from its centralizing and nationalizing bent in the areas of economic and energy policy. The *Canada Health Act* allowed the government to reassert the nationalizing role of the federal government in social policy at no financial cost. While there were powerful actors arrayed against the bill – doctors and provincial governments – these interests were not in a position to threaten the passage of the Act. Unlike the CPP, the

federal government was not obliged to consult the provinces about changes to the rules governing Medicare (Courchene 1985, 3-5). While the doctors testified at the public hearings held on the bill, they had no avenues of protest against a determined executive. Their only recourse was to pressure provincial governments; indeed, the outcome of the *Canada Health Act* in Ontario, for example, was a six-day doctors' strike over the extra billing issue. Thus the consequences of the doctors' dissatisfaction with the bill fell not on the federal government but on the provincial governments who were responsible for negotiating fee schedules with the doctors. Finally, the *Canada Health Act* was overwhelmingly popular with Canadians although, unfortunately for the Liberals, they lost the partisan advantage on the issue when the federal Tories supported the Act (Canadian Institute of Public Opinion, May 10, 14, 1984; Tuohy 1988, 295-296; and Watson 1985). In Brian Mulroney's words, "[a]s far as the Conservative party is concerned, Medicare is a sacred trust which we will preserve" (cited in Taylor 1987, 443).

Retrenchment under the Mulroney Governments

While Liberal attempts to curtail federal responsibility for health care costs were only partly successful, the Conservatives quickly showed that the federal government's unilateral capacity to alter the complicated and obscure EPF formula could be used to the advantage of retrenchment. In 1985, the Minister of Finance restricted federal transfers under EPF to GNP increases less 2 percentage points. The 1989 budget accentuated this trend by changing the indexing formula to GNP increases less 3 percentage points (National Council of Welfare 1991, 32). The 1990 budget went even further by freezing the cash component of EPF expenditure at 1989-90 levels, a freeze that was continued in the 1991-92 budget and extended through 1994-95 (Battle and Torjman 1993, 6).

Despite the obvious implications of these cuts for provincial governments and for consumers of Medicare, there was very little public outcry over the changes. While provincial governments complained that their funding for Medicare was being cut by the federal government, such objections have not mobilized public opposition. In part this is because the funding formula is complicated and obscure, making it difficult for the public to assess the claims and counterclaims of federal and provincial governments in this area.

In addition, interest organizations in the Medicare field that might have opposed such cuts are organized along the lines of provincial jurisdiction because of the provincial responsibility for the delivery of Medicare. Even if such groups choose to bring their views to Ottawa, the budget process itself is one that is fairly well insulated from interest group pressures unless such groups are able to mobilize public opinion against the government, as in the case of seniors' opposition to the de-indexation of the Old Age Security pension in 1985. Nationwide groupings opposed to Medicare cuts, such as the Canada Health Coalition – a broad alliance of labour, antipoverty, church and seniors' groups that support increased health care funding, universality and a strong federal role in funding Medicare – have been unable to mount an effective national opposition to the defending of Medicare. Interest groups are more cohesive at the provincial level, but, even there, powerful groups such as the doctors were defeated in their Ontario strike (Tuohy 1989, 141-160).

Moreover, the effect of the cuts is not only to reduce the funding available to provincial governments for financing Medicare but, more importantly, to erode the federal government's ability to enforce the conditions of the *Canada Health Act*. The (conditional) cash portion of the federal transfer has decreased relative to the (unconditional) tax portion.

Canada Health and Social Transfer and Its Consequences

In the context of an increasing emphasis on deficit reduction, the Liberal government of Jean Chrétien substantially modified the way in which the federal government financed health care, postsecondary education and social assistance in the 1995 budget. The budget called for the replacement of Established Program Financing and the Canada Assistance Plan (CAP) with a single financing mechanism, the Canada Health and Social Transfer (CHST). For 1995-96, the growth of EPF was fixed at GNP minus 3% while the Canada Assistance Plan was frozen at 1994-95 levels for all of the provinces and territories. The CHST was to be $26.9 billion for 1996-97 and $25.1 billion for 1997-98. In 1996-97, the funds were allocated to the provinces and territories based on their entitlement to EPF and CAP for 1995-96.

For the federal government, the introduction of the CHST was justified by the fact that it provided stable financing for health care, postsecondary education and social assistance to the extent that the provinces and territories knew in advance the level of financing they would receive for the upcoming five-year period. However, the net result of this change was a reduction in federal transfer of between $2.5 billion and $7 billion, depending on the method of calculation used. The anti-deficit fight, which had been a priority for the Mulroney government, remained a priority for the new Liberal government at the expense of the funding of social programs (O'Neil 1997, 179).

From its introduction, the CHST was criticized for reducing the capacity of the federal government to maintain the national standards of the *Canada Health Act*. The provinces and territories had to make cuts with regard to social programs in general and health care in particular. They denounced not only the reduction in the transfer but also the federal government's unilateral approach as well as the lack of consultation in the design of the new policy. The design of the policy reinforced the resentment of some of the provinces with regard to CAP, which had been limited for certain provinces such as Ontario. As O'Neil states:

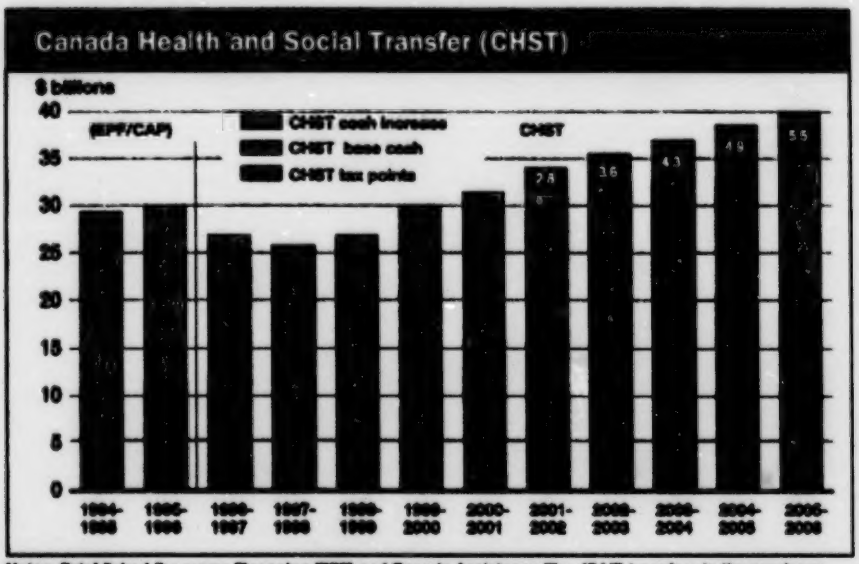
> Beyond simple a change in public policy priorities, the advent of the CHST, also marks a further change in the involvement of the federal government in health policy. Thus, through the CHST the federal government has sufficiently reduced its financial participation in the health sector as to make greatly difficult, or at least not very meaningful, any attempt to withhold federal transfer funds for violations of the *Canada Health Act*. (O'Neil 1997, 182)

Others emphasized that the introduction of the CHST might lead governments to more imaginative and flexible types of policies. However, it is difficult to see how this could have worked when the transfers were substantially reduced: flexibility would be limited to slashing budgets in the face of the new financial constraints created by the federal government. Block

financing maximized the provinces' and territories' incentive to better integrate their social programs. Because the transfer was conditional with respect to the principles of the *Canada Health Act*, provinces and territories had to conform to the condition or risk losing part of the federal transfer. Fears that provinces and territories would substantially reduce their investment in health care were not founded, on the one hand because provincial expenditure continued to grow but also because Canadians were not ready for a reduction in health spending (Courchene 1995, 77; Cohn 1996, 169). Moreover, aside from the fact that public support for the health system acted as a brake on cuts to the system, the fact that there were general pan-Canadian principles contributed to the maintenance and preservation of relatively comparable standards from one province to another. In the same vein, the possibility that the federal government would penalize provinces and territories for imposing user fees or permitting extra billing was another element that reinforced the preservation of a system which, if not uniform, was reasonably similar across the country.

Evidently, the authority of the federal government in the health care area was affected by the introduction of a new financing mechanism, but the retreat of the federal government was not a new phenomenon, as we have already seen. The financing of social programs and health care undoubtedly constitutes a stumbling block between the federal government, which presents itself as the guarantor of principles said to be "national" and which has a significant margin of financial maneuver to influence the provinces and territories, and the provinces and territories themselves, who must administer health services and plan, finance and evaluate spending on hospital care, medical and paramedical services. In this way, "the federal government might have lost its moral authority to set standards for health and welfare, but the provinces have not yet demonstrated the necessary ability to cooperate that would allow them to inherit this authority and exercise it in an effective way" (Cohn 1996, 182). In a more global context, the CHST does not constitute a radical break with the federal government's previously established practices. Certain provinces and territories had already started to discuss the possibility of introducing user fees or even of opening the door to the private sector well before the establishment of the CHST. In this context, it is not surprising that the first demand of the provinces and territories was the re-establishment of the level of financing that had been in place before the introduction of the new financing mechanism.

The 1996 budget put into place a five-year funding mechanism (for 1998-99 and 2002-03) and fixed the floor for cash transfers at $11 billion per year. For 1996-97 and 1997-98, amounts under the CHST were maintained at $26.9 billion and $25.1 billion, respectively. They were subsequently increased at a rate corresponding to GNP minus 2.0%, GNP minus 1.5% and GNP minus 1.0% for the three subsequent years. A new formula was put in place to take into account differences in demographic growth among the provinces and territories, and to cut in half the existing disparities in the calculation of entitlement by 2002-03, a first step in the direction of an equal per capita allocation. In 1998, the law was changed to fix the new floor for cash transfers for the CHST at $12.5 billion for the period 1997-98 to 2002-03. In 1999, the budget provided for an increase in the CHST of $11.5 billion over five years, specifically for health care. The formula was changed so that the entitlement would be calculated based on an equal amount by population by 2001-02. The February 2000 budget added another $2.5 billion under the CHST for postsecondary education and health care. In this way, the cash transfer for the CHST exceeded $15.5 billion per year for the period 2000-01 to 2003-04 (see the chart below).



Notes: Established Programs Financing (EPF) and Canada Assistance Plan (CAP) transfers to the provinces were replaced by the CHST in 1996. CHST base cash includes both the CHST supplements of Budget 1999 ($9.5 billion) and Budget 2000 ($2.5 billion). The CHST cash increase is the funding provided in September 2000 in support of agreements on health renewal and early childhood development.

Source: Canada, Department of Finance 2001.

A number of factors explain the growth in transfers to the provinces and territories. On the one hand, the provinces and territories were particularly active in denouncing the reduction in federal financing. On the other hand, on the eve of the 1997 election, the Chrétien government promised to increase the federal transfer and to fix the floor for transfers at $12.5 billion. At this point, the federal government's budgetary situation had greatly improved and begun to show a considerable surplus.

In September 2000, two months before the federal election, the federal government held a first ministers meeting to discuss health care. The First Ministers agreed on a plan of action for health care and for financing the development of early childhood policies. The federal government committed supplementary funding of $21.1 billion over a period of five years as part of the CHST, including $2.2 billion for early childhood development. This funding came into effect just before the 2000 election was called. The total cash transfer to the provinces and territories through the CHST increased from $15.5 billion in 2000-01 to $18.3 billion in 2001-02 and to $19.1 billion for 2002-03, attaining $21 billion in 2005-06. In view of this greater predictability, the government committed itself to establishing the cash transfer levels for 2006-08 by the end of fiscal year 2003-04. The 2001 budget maintained these commitments, although it did not increase them.

It is important to note that the federal-provincial health care agreement of September 2000 was signed by all the premiers. From the start, the agreement explicitly recognized each level of government's jurisdiction by stating that the principles "shall be interpreted in full respect of

each government's jurisdiction." The accord put forth seven guiding principles, the first of which was to restate the principles of the *Canada Health Act*. The governments agreed to put into place mechanisms for interprovincial partnership, notably concerning the sharing of information on best practices. There was also a commitment to keep citizens informed on health care results and performance of public services as well as on the measures being taken to improve these services. An action place including eight areas of intervention was discussed. One of the most important elements was the commitment to transparency and vertical accountability, and to the establishment of comparable indicators on the state of health care and the quality of service (for example, waiting times, patient satisfaction, home care, and the health protection and prevention) across the country.

The Fiscal Imbalance

The reduction in federal transfers to the provinces and territories to social assistance, postsecondary education and health, along with the fact that the federal government has been running budgetary surpluses over the past few years, has sparked debate on the question of the fiscal imbalance between the federal government and the provinces and territories. It is easy to understand that finances are the main stumbling block between the two levels of government.

It is important to make a distinction between a vertical and horizontal fiscal imbalance (Asselin 2001, 13-14). A horizontal imbalance refers to the significant differences in fiscal strength and capacity of the provinces and territories. The stronger provinces and territories such as Ontario, British Columbia and Alberta find it easier to finance their programs and are less dependent on federal transfers. These three provinces contribute to the equalization program, which permits the less wealthy provinces and territories to offer comparable services at the same cost as the better-off provinces. Although the horizontal imbalance is controversial in debates over equalization, the vertical imbalance is particularly important in the health care field. There is a growing gap between the fiscal capacity of the federal government compared to the provinces and territories and their ability to finance their own programs. The provinces and territories are responsible for programs based on services to citizens such as health, education, social services, etc., which are growing faster than the provincial tax base. For the federal government, the situation is the inverse: the federal government has revenue sources that are likely to increase more rapidly than the programs it finances. Clearly, the powers of taxation of the two levels of government are badly divided in light of the spending for which each is responsible (Wrobel 1994, 5). The revenue and program structure is such that the federal government is accumulating a surplus while the provinces and territories, given their spending commitments, have difficulty in maintaining balanced budgets.

Obviously, the nature and even the existence of a fiscal imbalance has been the subject of controversy. For the provinces and territories, revenue does not permit them to meet their obligations to health, education and social assistance while maintaining their other responsibilities. Cuts to federal transfers since the coming into effect of the CHST have aggravated the fiscal imbalance. Cash transfers were reduced by one-third from 1995 to 1999 and, despite the "re-establishment" of financing in 2000-01, federal financing is still less than $3.2 billion than what it was in 1994-45. At the same time, spending on health care, education

and social assistance was $18.8 billion more than in 1994-95 (Ministres des Finances des provinces et des territoires 2001, 5-8). The structural causes of this imbalance have not been affected by recent changes in the level of federal transfers. It is even possible that surpluses will continue to stack up at the federal level while the fiscal position of the provinces and territories will remain more or less the same. Spending on program areas in provincial jurisdiction is set to increase at an annual rate of at least 5% because of the aging of the population, changes in technology, the increase in the cost of medication, the increase in diseases that are more expensive to treat such as HIV/AIDS, hepatitis C, and traumatic brain injury, under-investment in hospitals and the need to face up to the problem of lack of supply of health care professionals and workers (Provincial and Territorial Ministers of Health 2000: Finance Ministers of Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Yukon, Northwest Territories and Nunavut 2001).

In sum, the federal government's budgetary surplus will grow rapidly while the provinces and territories will not be able to maintain a budgetary balance:

> *the federal government has a unbalanced fiscal structure* which is capable of generating revenue growth far in excess of federal spending requirements. By contrast, provincial-territorial revenues are expected to grow only slightly faster than expenditures, a situation that indicates that *the fiscal structure of provincial governments is roughly in balance*. This balance, however, is precarious and can be upset even by relatively small changes in economic conditions or spending pressures (Ruggeri 2001, 5, emphasis in the original).

According to the provincial and territorial governments, the federal government should restore funding with an indexation format that will guarantee a level of financing that takes into account the pressures for increased spending in the health care system. The provinces and territories evaluate the difference between these principles and the CHST transfer at about $13 billion dollars.

Moreover, in reply to the federal government's argument that these calculations do not take into consideration the tax points that were transferred to the provinces and territories, the provincial and territorial governments emphasize that the inclusion of tax points gives the impression that the CHST is much larger than it is. Provinces and territories reject this method of calculating the transfer as illegitimate. The tax points are not controlled by the federal government, do not appear as spending items in the federal budget and do not have to be spent on health care. For provinces and territories then, "the tax 'transfer' is accounted for by provinces/territories as 'own-source' revenue, since it is revenue collected from provincial/territorial tax effort" (Provincial and Territorial Ministers of Health 2000, 11). At the end of the day, increasing the tax base of the provinces and territories should not be considered as a federal transfer to the provinces and territories in perpetuity.

In a recent document (August 2001), the provincial and territorial finance ministers proposed four options. The first three would be undertaken as part of the CHST.

1. Until 2004-05, the CHST would be increased such that it would cover the same portion of social program costs that had been covered by the previous federal transfer in 1994-95.

2. New costs in the health care sector would be shared equally between federal and provincial governments.

3. Immediately increase the CHST to the same absolute level as was paid out in 1994-95.

4. Replace the CHST with a transfer in tax points (Ministres des Finances des provinces et des territoires 2001, 12-13).

The first three options do not eliminate the causes of fiscal imbalance but they permit some catching up, bringing federal financing of social programs to 18% of actual program spending. However, the subnational governments would continue to be vulnerable to unilateral federal decision making. The fourth option would accentuate horizontal fiscal imbalance because the tax base of the provinces and territories varies greatly across the country. It assumes that equalization would also be adjusted. After all, provincial revenue is more affected by the ups and downs of the economy, making it more volatile. The federal government would see its capacity to influence provincial and territorial choices reduced because it would no longer have the means of pressure provided by the *Canada Health Act*.

More recently, the government of Quebec published the report of the Commission on the Fiscal Imbalance, which, unsurprisingly, reasserted the existence of the imbalance, which the Commission attributed not only to the imbalance between spending and access to tax revenue, but also to the weakness of the intergovernmental transfer system and the federal spending power. The report notes that the increase in spending constitutes the main pressure on the provinces because of factors such as the increase in the cost of medication, changes in medical technology and the aging of the population. To deal with this fiscal imbalance, the Commission not only took up several recommendations that had been made to the provinces, such as the abolition of the CHST and its replacement by a new division of fiscal resources, but also proposed that the provinces gradually take over the revenue from the GST. For all practical purposes, with its recommendations, the Commission sought to limit the use of the federal spending power (Québec 2002). Obviously, it is highly unlikely that the recommendations of the Commission on the Fiscal Imbalance would be favorably received by those who believe that "without substantial federal investment in the health system, the federal government cannot sustain its moral and political influence on the system" (Adams 2002, 302).

For the federal government, the rhetoric of "fiscal imbalance" is considered to be verbal overkill that does not correspond to reality. In the federal view, the analysis of fiscal imbalance rests on a methodological approach that only emphasizes budgetary surpluses projected while it would be better to develop a model that took into account the available budgetary margin. From this point of view, there is no vertical fiscal imbalance between the two levels of government (Matier, Wu and Jackson 2001). Several factors should be taken into account: 1) in the context of an economic slowdown, the two levels of government must face budgetary constraints that reduce their margin of maneuver; 2) the two levels of government have access to the same revenue base and can establish their own income tax (tax reductions by the federal level can be recouped by the provinces and territories); 3) total provincial revenue exceeds federal revenue (in this calculation, federal transfers are counted as part of provincial revenue); 4) revenue from income tax will not see rapid growth because globalization creates competitive pressures that

tend to lower income taxes (it is difficult to reconcile this point with 2) above because these same competitive pressures prevent the provincial or territorial governments from recuperating the fiscal space left by the federal government); and 5) the federal government is subject to more serious financial constraints than the provinces and territories because of the weight of the debt (Ministre des Finances. Canada 2002; Dion 2001).

In sum, far from wanting to address the vertical fiscal imbalance, the federal government contests its very existence. The federal government argues that, far from having withdrawn from financing postsecondary education and health care, about 70% of all new federal initiatives are targeted on health care and education. Moreover, the rate of annual growth in the federal transfer over the next five years should be more than 6%, which would be three times higher than the growth foreseen in revenue. Although it is normal to see tensions between the two orders of government in a federal system, on this issue there is a fundamental misunderstanding on the nature and origin of the problem. In this context, it is difficult to identity solutions that would be accepted by both sides.

Social Union Framework Agreement

The signing of SUFA by all of the premiers except Quebec in February 1999 was a response to the growing discomfort of provincial governments with the federal government's unlimited deployment of its spending power. The agreement was the result of an initiative taken by the first ministers at their annual meeting in 1995 to establish the Ministerial Council on Social Policy Reform and Renewal, the mandate of which was to establish mechanisms for limiting the federal spending power, for clarifying the responsibilities of each level of government and for limiting overlap between the two levels of government. This initiative was derailed by the federal government, which, in exchange for an injection of supplementary funds in the health care fields, invited the provinces and territories to sign a framework agreement (Gagnon 2000).

SUFA was based on three main principles: 1) new governmental initiatives would not create obstacles to mobility in the areas of postsecondary education, professional training, health care, social services and social assistance; 2) mechanisms to ensure transparency and accountability would be put into place to measure the performance of social programs, to establish performance indicators and to explain the contributions of the two levels of government; 3) mechanisms would be put into place to facilitate a partnership approach to common problems, notably in the elaboration of objectives and principles. In this way, the federal government accepted to limit its spending power and committed itself to consult the provinces at least one year in advance of renewing or modifying transfers to the provinces. With regard to new federal initiatives in health care, postsecondary education, social assistance and social services financed by the transfer, the government committed itself, on the one hand, to work in collaboration with governments to determine the priorities and pan-Canadian objectives and, on the other hand, to not take new initiatives without obtaining the consent of the majority of the provinces. The agreement also provides that a province or territory that did not need to use all of the transfer to achieve the policy objectives could reinvest the funds in the same area. To have access to these transfers, the provinces and territories would have to respect the accountability framework. At the same time, SUFA did not limit direct spending by the federal government to individuals or groups (as was

the case with the Millennium Scholarships or with the Canadian Foundation for Innovation) although it committed the federal government to consulting and giving three months notice to provinces and territories before establishing such programs.

SUFA can be seen as the fruit of many years of efforts to stabilize intergovernmental relations. For some, the agreement was a return to the situation that had prevailed before the CHST in the sense that it established conditions that permit the introduction of new problems, especially for home care and pharmacare (Tuohy 1999, 106; Mendelson 1999). For others, the accord is a "crucial stage in the historical conflict between the provinces and the federal government by legitimizing the federal government's view on the spending power, in return for only minor concessions" (Noël 2000). At a symbolic level, the refusal of the government of Quebec is important and occurred because of the lack of a meaningful right to opt out, the lack of a means of limiting direct federal intervention in provincial jurisdiction, particularly with regard to direct transfers to people and groups, the lack of recognition of the provinces' primary responsibility for social policy, the absence of a guarantee of the stability and predictability of federal spending, and the fact that major changes can be imposed on all the provinces with the agreement of a majority of the provinces, which could represent as little as 15% of the population. The government of Quebec was the only government that was concerned with the need to see the federal government respect the actual division of powers.

On the whole, SUFA did not really change the politics of health care reform in Canada and did not answer the two most fundamental questions: Who should be establishing the rules in the health care sector and what should these rules be, especially with regard to the boundary between the public and private sectors? In general, the debate over SUFA served to focus the debate once more on the eternal battle between the federal government and the provinces to the detriment of public debate over the public/private divide in the Medicare system.

Some Comparative Considerations: The German and Australian Cases

Given the nature of this study, it is useful to consider how other federal states have managed the development of their health care system and the ways in which the institutional framework facilitates or constrains cooperation between the different levels of government This part of the study does not claim to be an exhaustive survey of the comparative literature but simply seeks to better understand the ways that institutional mechanisms play out in health care systems. We focus particularly on the German and Australian cases, not only because these are federal systems but also because of the important role of the central government in the development of health care policies.

As Table 1 shows, public spending on health care occupied a substantial place in total state spending and the variation among countries cannot be explained by federal political institutions. In other words, we find important differences among federal states in their share of total health care spending, ranging from lows of 44.8 and 54.9% in the United States and Switzerland, respectively, in contrast to highs of 70.1% in Canada and 75.8% in Germany. Certain unitary states in Europe finance health care spending to even higher levels such as 83.8% in Sweden.

It is useful to briefly consider how intergovernmental relations have evolved in certain federal systems, such as Germany and Australia, in order to see if there are any useful lessons that may be drawn from these experiences for the Canadian case.

The first modern national health insurance system was put into place in Germany in 1885. On the whole, the fundamental structure of health insurance coverage and benefits has remained largely unchanged since its inception (Lassey, Lassey and Jinks 1997, 130). We can see the strong financial contribution of patients that use private insurance. With regard to the institutional framework, responsibilities are divided between the federal government, the states and local governments. But in the health care arena, as in many other cases of shared jurisdiction, German federalism is thought to be highly centralized. As Wassener argues, "this dominance of the federal government in the field of concurrent powers is especially true in the field of social policy where the states have very little exclusive legislative competence" (Wassener 2002, 70). Nonetheless, the states are active in the decision-making process because of their representation in the Bundesrat (the upper chamber of the German legislature). Hence, with regard to the institutional structure, federal laws govern practices and policies in health care. In the case of conflict between the Bundestag and the Bundesrat, a mediation committee is responsible for finding a solution. In the German system of what is often called *interlocking federalism*, the establishment of an intergovernmental consensus is required as part of the adoption of legislation. In this way, public policies are stable, although the complexity of the process of negotiation and compromise means that it is more difficult to adopt new initiatives.

The German health care system is organized around several basic principles: the insurance principle, the principle of self-administration, and the principles of organization diversity, to the extent there is no national program of medical insurance (Wassener 2002, 72-73). In this way, if the parameters of health care policy are defined by the central state, "the specific design and

Table 1
Selected National Health Accounts Indicators, Estimates for 1998

	Total expenditure on health as percent of GDP	Public expenditure on health as percent of total expenditure on health	Private expenditure on health as percent of total expenditure on health	Public expenditure on health as percent of general government expenditure	Social security expenditure on health as percent of expenditure on health	Tax funded expenditure on health as percent of public expenditure on health	Private insurance on health as percent of private expenditure on health	Per capita total expenditure on health at official exchange rate (US$)	Per capita public expenditure on health at official exchange rate (US$)
Federations									
Australia	8.6	69.9	30.1	16.8	0	100.0	24.8	1 672	1 172
Austria	8.0	71.8	28.2	11.2	59.6	40.4	25.9	2 097	1 506
Belgium	8.6	71.2	28.8	12.0	88.0	12.0	7.0	2 110	1 502
Canada	9.3	70.1	29.9	14.7	1.7	98.3	37.5	1 867	1 296
Germany	10.3	75.8	24.2	16.4	91.6	8.3	29.5	2 697	2 044
Switzerland	10.6	54.9	45.1	10.4	72.3	27.7	23.8	3 877	2 127
United States	12.9	44.8	55.2	16.9	33.2	66.8	60.7	4 055	1 817
Unitary States									
Denmark	8.3	81.9	18.1	12.5	0	100.0	8.2	2 737	2 241
Finland	6.9	76.3	23.7	10.5	19.8	80.2	10.5	1 735	1 323
France	9.3	76.1	23.9	13.9	96.8	3.2	52.7	2 297	1 747
Sweden	7.9	83.8	16.2	11.4	0	100.0	-	2 144	1 797

Source: *World Health Report 2001: Mental Health. New Understanding, New Hope*. France: World Health Organization, 2001.

delivery of health services is highly decentralized, being the responsibility of close to 600 independent social funds" (Banting and Corbett 2002, 11). Although priorities are defined at the central level of the federal state, the states are responsible for implementing a federal law. That said, self-government is an important feature of the health care system at all levels (Mendoza and Henderson 1995, 243; Lassey, Lassey and Jinks 1997, 134). At the level of the states, there are health authorities and support services equivalent to those in the federal structure. Each state decides on its needs for equipment, hospitals and so forth. All in all, Germany is considered one of the most regulated health care environments in the world (Mendoza and Henderson 1995, 241). It is interesting to note that recommendations to the government are formulated twice per year by a group made up of 90 members referred to as the "Concerted Action for Health Affairs." This is a national group representing sickness-fund members, providers, consumers and a staff of seven medical and economic advisers (Lassey, Lassey and Jinks 1997, 134). In addition to developing guidelines, it prepares an annual report on the state of the health care system and makes recommendations to the federal ministry of labour and social affairs on proposed changes to the system.

The ability of doctors and hospitals to demand fees is limited by budget caps that are negotiated between the principle stakeholders and enforced by the federal government. The state spends about one-fifth of health care expenses from general revenue, a little less than half is paid by employees who contribute to an insurance fund that distributes the revenues (after a 4% administration fee), a little more than a third of the costs are paid by private households by employee contributions to insurance funds, private insurance, and out-of-pocket payments (Mendoza and Henderson 1995, 235). In 1989, a law was adopted to explicitly limit the growth of the costs of the system at the level of salary growth, which makes Germany the first country to formally define a fraction of income to be spent on health care (Lassey, Lassey and Jinks 1997, 141).

The Australian case displays a very different picture. Centralized financial power is far greater in Australia than in the other four OECD countries (United States, West Germany, Canada, Switzerland) in years reported 1975 and 1985. From 1975 to 1985 Australia's trend was toward financial centralization (Gray 1991, 19). In Australia, the focus of early health policy was on the public provision of services. The 1901 Constitution gave states a great authority in education, health and other social matters (Roemer 1991, 170). Originally, health was a responsibility of the states and the federal government's involvement was limited to matters of quarantine. Like many other policy areas, the federal government extended its role with time. In 1921, a Commonwealth department of health was established and, with this, the federal government started to help the states with the provision of public health services. A constitutional amendment in 1946 gave the federal government broad power in all aspects of health policy. Since World War II, policymaking processes have been dominated by the Commonwealth, whereas in Canada "the provinces have remained the senior level of government" (Gray 1991, 22). The 1940s were characterized by what Gray calls "a high level of cooperation between State and Commonwealth policy makers. This experience shows that cooperative federalism can be a reality under certain conditions and that the processes of joint decision making do not necessarily lead to obstruction and delay" (Gray 1991, 79). Nevertheless, it is noticeable that the Labour Party played a major role in on the development of state policies and the formulation of a national health service. Like the CCF-NDP in Canada, the Labour Party

was responsible for putting universal access to health care on the national agenda. However, there are significant differences in the impact of political parties on policy development between Canada and Australia; while both the Liberal Party and Progressive Conservative Party have supported or "acquiesced in" the development of policies put forward by the CCF-NDP, in Australia, non-Labour parties consistently opposed Labour health policies (Gray 1990, 51). Hence every change in government since the 1940s in Australia has been followed by major changes in health policy.

The central government is responsible for the definition of the parameters of the health care system such as medical fees, health insurance rebates, and fees of private patients in public hospitals (Hancock 2002, 111). As Linda Hancock argues,

> The Australian health-care system is built on the following foundations: (i) the Medicare principles: universal coverage, bulk billing, free access to public hospital care, access to the doctor of choice for out-of-hospital care, and the general freedom of doctors – within accepted clinical practices – to identify appropriate treatment for their patients; (ii) an overarching agreement between the Commonwealth and the states and territories on the principles and framework governing federal-state relations in the health and community services fields; and (iii) under the broad leadership of the Commonwealth, the joint setting of priorities, goals, and quality outcomes for both tiers of government, with the states and territories having increased responsibility for the delivery of services to meet agreed outcomes. (Hancock 2002, 108)

At the institutional level, Australia's centralization of power means that reform can only happen at the federal level. The Commonwealth has the capacity to influence or even to impose its will on the details of health policy in contrast to Canada where the federal government can only set broad conditions on its financial grants to the provinces. Federal-states arrangements are essentially financial ones, i.e., states and territorial governments receive grants for the operation of hospitals. For instance, Medicare's introduction in 1984 did not provoke very much conflict even if the federal offer gave no financial benefits to the states. The best explanation for this phenomenon is probably the ready acceptance of the federal scheme by the states as Labor policy is considered to be binding on all members of the party. For Gray, "evidence suggests strongly that the ideologies and orientations of governments and the general pressures within the political systems can be far more important than institutional arrangements" (1990, 103). Since 1984, Medicare funding comes mainly from the federal government, but it is also supplemented by state and territory governments (mainly through publicly owned hospitals), and private sources (mainly out-of-pocket payments by consumers). A Medicare levy was introduced in 1984 to supplement other taxation revenue, to cover state and territory costs of patients choosing to be Medicare patients. The health care providers are registered and controlled by each state (Mendoza and Henderson 1995, 191) and medical practitioners are regulated by each state. According to Gray, "... the centralization of power in Australia, at least in relation to health policy, this gives the Commonwealth a level of policy freedom of a similar order to that found in unitary systems" (1990, 155).

The discussion of intergovernmental fiscal arrangements has historically been held as part of the first ministers' meetings. As in Canada, these meetings are often used by the states to convey their complaints on issues such as fiscal imbalance and the underfinancing of the health care

system. As Hancock points out, "other mechanisms for intergovernmental cooperation include Commonwealth-State Ministerial Councils, the Council of Australian Governments (COAG), the Loans Council, along with ministerial conferences in specific policy areas, officials' committees, and bilateral communications government agencies" (2002, 120). However, the most important mechanism remains the COAG, put into place in 1992, which "comprises the prime minister, the premiers and chief ministers and the president of the local government association; and it needs to be understood as a reflection of the concurrent nature of Australian federalism and as evidence of 'cooperative federalism in Australia'" (Hancock 2002, 120). Over the course of the 1990s, the issue of fiscal imbalance became the object of discussion in the committee, which also set out to clarify the roles and responsibilities of each level of government in the health care system. The question of the declining importance of transfers was also the object of debate, as the states complained that such transfers imposed administrative costs on them while, at the same, time, the central government maintained its own substantial bureaucracy.

The Australian experience demonstrates that federal-state relations are not always conflictual and tensions do not always exist between state- and federal-level members of the same party. Nonetheless, as in Canada, conflicts exist on the issues of federal responsibility for health care and on the financing of health care services. On the one hand, party political differences increase intergovernmental tensions and reduce the likelihood that policy agreement can be reached, and on the other hand, institutional mechanisms have been put in place to facilitate the management of the policy design of the health care system.

Recommendations for Change

In this section, we provide answers to the questions that were posed to us in our original instructions for this study.

1. Are the tensions of recent years unusual or are they part of a historical cycle?

   Our survey of the political institutional literature suggests that governments, both federal and provincial, will naturally defend their own turf. Most conflicts between the two levels of government naturally concern financial and fiscal issues. The Canadian case is somewhat different than other cases in that the government of Quebec is a particularly strong defender of the original division of powers as outlined in the *Constitution Act, 1867*. While other Canadian provinces have proven flexible in terms of their interpretation of the jurisdictional division (although all provinces have raised the issue of vertical fiscal imbalance), Quebec has not been willing to sacrifice its powers, as we can see from the fact that the government of Quebec did not sign on to the Social Union Framework Agreement.

2. Are there sectors in which federal-provincial relations are more harmonious and which could lead to great innovation in the system?

   SUFA is often viewed as providing a model for a more harmonious relationship. However, we do not believe that this model is workable and we would reiterate the points made by the government of Quebec. The model of federal provincial diplomacy or intergovernmental negotiation has been successful across a broad range of federal-provincial relations, especially when these negotiations are based on the principles of mutual respect, partnership and equality of status of the participating governments. These principles could be more successfully applied in the health care sector than they have been in the past, as we will discuss below.

3. How do federal-provincial relations in Canada compare to other countries? How do other countries deal with their tensions?

   Our comparative analysis demonstrates that tensions between federal and subnational governments are found in all federal systems, except in cases such as Australia's in which one level of government dominates the health care area. We do believe that the Australian model is instructive because of the formal institutional mechanisms that have been put in place to deal with health issues, especially the COAG; on the other hand, in the Australian case, the dominance of the federal government would never be accepted by provincial governments (particularly but not exclusively Quebec) and would upset the historical institutional relationships between the two levels of government in this area. However, we believe that the institutionalization of stakeholders in the system in the German model, as well as the stable and long-term commitment to funding in that system are two ideas that should be taken up in Canada (see below).

4. What changes should be brought to the mechanisms of cooperation between the two levels of government in order to improve relations between them over the long term?

The general principles that should guide cooperation between the two levels of government are: equal partnership between the federal and provincial governments in managing the health care system; stability, transparency and accountability in funding the system over time; and citizen and stakeholder involvement and input into the management of the system. In addition, we assume that we will maintain a public health care system, without opening the door to significant privatization and that we will maintain the principle of a public, universal, accessible and portable system according to the 1984 *Canada Health Act*. Specifically, we believe that the CHST and the counting of tax points transferred from one level of government to another are not consistent with these principles. They have introduced instability and uncertainty into the funding system, caused systematic underfunding and fiscal disequilibrium in the system, and have opened the door to political forces, both in Canada and continentally, who favour privatization in whole or in part of the system. In our view, it is absolutely essential that the federal government dispense with both the CHST and with debates over the transferred tax points. We believe that the best system would be one in which there was a single block grant for health care from the federal government, governed by the general principles of the *Canada Health Act*, but with the flexibility of a limited opting out mechanism. We believe that the government should make a long-term commitment to a gradual return to a 50-50 funding of health care, and that the federal transfer to the provinces for health care should be mandated as health care spending for the provinces. Further, we believe that intergovernmental mechanisms to manage the federal provincial relationship in health care should institutionalize relationships between health ministers and, as in the German model, include other stakeholders[1]. Along the same lines and in accordance with these principles and new mechanisms, the federal government should not undertake unilateral initiatives in using its spending power in provincial jurisdiction but should propose new health care initiatives through this new intergovernmental institution.

1 The participation of stakeholders in intergovernmental mechanisms is a question that is too complex for a detailed analysis here. We recommend that interested readers consult the following works: Mendelsohn and McLean 2002*a* and 2002*b*; Phillips 2001; and Mendelsohn 2000.

Bibliography

Adams, Duane. 2002. Conclusions: Proposals for Advancing Federalism, Democracy and Governance of the Canadian Health System, in *Federalism, Democracy and Health Policy in Canada*, edited by Duane Adams. Montreal and Kingston: McGill-Queen's University Press, p. 271-306.

Armstrong, Pat and Hugh. 1996. *Wasting Away: The Undermining of Canadian Health Care.* Toronto: Oxford University Press.

_____. 1991. *Health care as a business : the legacy of free trade.* Ottawa : Canadian Centre for Policy Alternatives/Centre canadien de recherche en politiques de rechange.

Asselin, Robert B. 2001. *L'union sociale canadienne : questions relatives au partage des pouvoirs et au fédéralisme fiscal.* Ottawa: Bibliothèque du Parlement, Direction de la recherche parlementaire. http://www.parl.gc.ca/information/library/PRBpubs/prb0031-f.htm (19 February 2002).

Banting, Keith. 1987. *The Welfare State and Canadian Federalism.* Montreal and Kingston: McGill-Queen's University Press.

_____. 1985. Institutional Conservatism and Pension Reform, in *Canadian Social Welfare Policy: Federal and Provincial Dimensions*, edited by Jacqueline S. Ismael. Montreal and Kingston: McGill-Queen's University Press, p. 48-74.

Banting, Keith and Stan Corbett. 2002. Health Policy and Federalism: An Introduction, in *Health Policy and Federalism. A Comparative Perspective on Multi-Level Governance*, edited by Keith G. Banting and Stan Corbett. Montreal and Kingston : McGill-Queen's University Press, p. 1-38.

Battle, Ken and Sherri Torjman. 1993. *Federal Social Programs: Setting the Record Straight.* Ottawa: Caledon Institute of Social Policy.

Brown, Malcolm C. 1986. Health Care Financing and the Canada Health Act, *Journal of Canadian Studies* 21(2): 111-132.

Cairns, Alan C. 1985. The Politics of Constitutional Conservatism, in *Redesigning the State: The Politics of Constitutional Change in Industrial Nations,* edited by Keith G. Banting and Richard Simeon. Toronto: University of Toronto Press, p. 95-145.

_____. 1971. The Judicial Committee and Its Critics, *Canadian Journal of Political Science* 4: 301-45.

Canada. 1940. *Report of the Royal Commission on Dominion-Provincial Relations* [Rowell-Sirois Commission]. Ottawa, Queen's Printer.

Canada, Department of Finance. 2001. *The Budget Plan 2001.* Ottawa, Department of Finance. http://www.fin.gc.ca/budget01/pdf/bpe.pdf (12 May 2002).

Canada. House of Commons. 1983-84. *Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs Respecting Bill C-3, Canada Health Act.* 2nd session of the 32nd Parliament. Ottawa.

Canada. Parliamentary Task Force on Federal-Provincial Relations. 1981. *Fiscal Federalism in Canada.* Ottawa.

Canadian Institute of Public Opinion. 1984. *Gallup Report*. Ottawa.

Charles, C. and Robin F. Badgley. 1987. Health and Inequality: Unresolved Policy Issues, in *Canadian Social Policy*, edited by Shankar A. Yelaja. Waterloo: Wilfred Laurier University Press, p. 47-64.

Coburn, D. 2000. Income Inequality, Social Cohesion and the Health Status of Populations: The Role of Neo-liberalism, *Social Sciences and Medicine* 51(1): 135-146.

____. 1999. Phases of Capitalism, Welfare States, Medical Dominance, and Health Care in Ontario, *International Journal of Health Services* 29(4): 833-851.

Cohn, Daniel. 1996. The Canada Health and Social Transfer: Transferring Ressources of Moral Authority Between Levels of Government?, in *Canada: The State of the Federation*, edited by Patrick C. Fafard and Douglas M. Brown. Kingston: Institute of Intergovernmental Relations.

Cohn, Theodore H., Stephen McBride and John Wiseman (eds). 2000. *Power in the Global Era : Grounding Globalization*. New York, St. Martin's Press.

Courchene, Thomas. 1995. *Redistributing Money and Power: A Guide to the Canada Health and Social Transfer*. Winnipeg: Kromar Printing Ltd.

____. 1985. The fiscal arrangements: focus on 1987, in *Ottawa and the Provinces: The Distribution of Money and Power*. Toronto: Ontario Economic Council.

Dion, Stéphane. 2001. *La situation financière de nos gouvernements: la fédération équilibrée.* http://www.pco-bcp.gc.ca/aia/default.asp?Language=F&page=pressroom&sub=speeches&doc=20010410_f.htm (19 February 2002).

Fafard, Patrick. 1997. Groups, Governments and the Environment: Some Evidence from the Harmonization Initiative, in *Managing the Environmental Union: Intergovernmental Relations and Environmental Policy in Canada*, edited by Patrick C. Fafard and Kathryn Harrison. Kingston: Institute of Intergovernmental Affairs, Queen's University, p. 81-100.

Finance Ministers of Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Yukon, Northwest Territories and Nunavut. 2001. *Revitalizing Federal-Provincial/Territorial Fiscal Relations. Summary and Recommendations.* http://www.scics.gc.ca/pdf/850082014.pdf (19 February 2002).

Gagnon, Alain-G. 2000. L'opposition du Québec à l'union sociale canadienne, in *L'union sociale canadienne sans le Québec. Huit études sur l'entente-cadre*, edited by Alain-G. Gagnon. Montréal: Éditions Saint-Martin, p. 11-18.

Gray, Gratton. 1990. Social Policy by Stealth, *Policy Options* 11(2): 17-29.

Gray, Gwendolyn. 1991. *Federalism and Health Policy: The Development of Health Systems in Canada and Australia*. Toronto: University of Toronto Press.

Green, Donald P. and Ian Shapiro. 1994. *Pathologies of Rational Choice Theory: A Critique of Applications in Political Science*. New Haven: Yale University Press.

Hadley, M. 1995. Nursing Practices in Canada. The Influence of Current and Proposed Legislation, *Journal of Advanced Nursing* 22(6): 1210-1217.

Hancock, Linda. 2002. Australian Intergovernmental Relations and Health, in *Health Policy and Federalism. A Comparative Perspective on Multi-Level Governance*, edited by Keith G. Banting and Stan Corbett. Montreal and Kingston : McGill-Queen's University Press, p. 107-142.

Kickbusch, I. 2000. The Development of International Health Policies – Accountability Intact?, *Social Science and Medicine* 51(6): 979-989.

Labonte, R. 1998. Healthy Public Policy and the World Trade Organization: A Proposal for an International Health Presence in Future World Trade/Investment Talks, *Health Promotion International* 13(3): 245-256.

Lassey, Marie L., William R. Lassey and Martin J. Jinks. 1997. *Health Care Systems Around the World: Characteristics, Issues, Reforms*. Upper Saddle River: Prentice Hall.

Lazar, Harvey. 2000. In Search of a New Mission Statement for Canadian Fiscal Federalism, in *Canada: The State of the Federation 1999-2000*, edited by Harvey Lazar. Kingston: Institute of Intergovernmental Affairs, Queen's University, p. 3-40.

Leibfried, Stephan and Paul Pierson (eds). 1995. *European Social Policy: Between Fragmentation and Integration*. Washington: Brookings Institution.

Maioni, Antonia. 1999. Decentralization in Health Policy, in *Stretching the Federation: The Art of the State in Canada*, edited by Robert Young. Kingston: Institute of Intergovernmental Relations, Queen's University, p. 97-121.

_____. 1998. *Parting at the Crossroads: The Emergence of Health Insurance in the United States and Canada*. Princeton: Princeton University Press.

Mallory, J. R. 1954. *Social Credit and the Federal Power in Canada*. Toronto: University of Toronto Press.

Maslove, Allan M. 1992. Reconstructing Fiscal Federalism, in *How Ottawa Spends: The Politics of Competitiveness, 1992-93*, edited by Frances Abele. Ottawa: Carleton University Press, p. 57-78.

Matier, Chris, Lisa Wu and Harriet Jackson. 2001. *Analysing Vertical Fiscal Imbalance in a Framework of Fiscal Sustainability*. Ottawa: Department of Finance. http://www.fin.gc.ca/wp/2001-23e.pdf (19 February 2002)

McBride, Stephen and John Shields. 1997. *Dismantling a Nation: the Transition to Corporate Rule in Canada*. Halifax: Fernwood Pub.

_____. 1993. *Dismantling a Nation: Canada and the New World Order*. Halifax: Fernwood.

Mendelsohn, Matthew. 2000. Public Brokerage, Constitutional Reform, Public Participation and the Accommodation of Mass Publics, *Canadian Journal of Political Science* 33(2): 245-273.

Mendelsohn, Matthew and John McLean. 2002*a*. Getting Engaged: Strengthening SUFA through Citizen Engagement, in *Building the Social Union: Perspectives, Directions and Challenge*, edited by Tom McIntosh. Regina: Canadian Plains Research Centre and Saskatchewan Institute of Public Policy. http://qsilver.queensu.ca/~mattmen/papers/index.html (14 May 2002)

____. 2002*b*. Reconcilable Differences: Public Participation and Intergovernmentalism in Canada, in *Federalism and Democracy*, edited by Paul Thomas and David Stewart. Winnipeg: University of Manitoba Press. http://qsilver.queensu.ca/~mattmen/ papers/index.html (14 may 2002)

Mendelson, Michael. 1999. The Social Union and Health Care, *Canadian Review of Social Policy* (43): 1-1.

Mendoza, Edward M. and Bryn J. Henderson. 1995. *International Health Care: A Framework for Comparing National Health Care Systems: Australia, Canada, France, Germany, Italy, Japan, Mexico, Netherlands, United Kingdom, United States*. Tampa: American College of Physician Executives.

Ministre des Finances. Canada. 2002. *L'équilibre budgétaire au Canada: les faits.* http://www.fin.gc.ca/tocf/2002/fbcfacts_f.html (19 February 2002).

Ministres des Finances des provinces et territoires. 2001. *S'attaquer au déséquilibre fiscal. Rapport des ministres des finances des provinces et des territoires.* http://www.scics.gc.ca/pdf/fiscal_f.pdf (19 February 2002).

Mishra, Ramesh. 1999. *Globalization and the Welfare State*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing.

National Council of Welfare. 1991. *Funding Health and Higher Education: Danger Looming*. Ottawa.

Noël, Alain. 2000. Étude générale sur l'entente, in *L'union sociale canadienne sans le Québec. Huit études sur l'entente-cadre*, edited by Alain-G. Gagnon. Montreal: Éditions Saint-Martin, p. 19-48.

____. 1999. Is Decentralization Conservative? Federalism and the Contemporary Debate on the Canadian Welfare State, in *Stretching the Federation: The Art of the State in Canada*, edited by Robert Young. Kingston: Institute of Intergovernmental Affairs, Queen's University, p. 195-225.

Olson, Mancur. 1971. *The Logic of Collective Action: Public Goods and the Theory of Groups.* Cambridge: Harvard University Press.

O'Neil, Michael. 1997. Stepping Forward, Stepping Back? Health Care, the Federal Government and the New Canada Health and Social Transfer, *International Journal of Canadian Studies* 15: 169-184.

Ostry, Aleck. 2001. International Trade Regulation and Publicly Funded Health Care in Canada, *International Journal of Health Services* 31(3): 475-480.

Pal. Leslie A. 2001. *Beyond Policy Analysis: Public Issue Management in Turbulent Times.* Scarborough: ITP Nelson.

Phillips, Susan D. 2001. SUFA and Citizen Engagement: Fake or Genuine Masterpiece?, *Policy Matters/Enjeux publics* 2(7).

Pierson, Paul (ed.). 2001 *The New Politics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.

Pierson, Paul. 1995. Introduction, in *Eureopan Social Policy*, edited by Stefan Liebfried and Paul Pierson. Washington: Brookings Institution.

_____. 1994. *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment.* Cambridge: Cambridge University Press.

Pierson, Paul and Miriam Smith. 1993. Bourgeois Revolutions? The Policy Consequences of Resurgent Conservatism, *Comparative Political Studies* 25(4) (January): 487-520.

Provincial and Territorial Ministers of Health. 2000. *Understanding Canada's Health Care Costs. Final Report.* http://www.gov.on.ca/health/english/pub/ministry/ptcd/ptcd_doc_e.pdf (19 February 2002).

Québec. Commission sur le déséquilibre fiscal. 2002. *Pour un nouveau partage des moyens financiers. Rapport.* http://www.desequilibrefiscal.gouv.qc.ca/fr/pdf/rapport_fr.pdf (10 May 2002).

Rocher, François. 1992*a*. La consécration du fédéralisme centralisateur, in *Les objections de 20 spécialistes aux offres fédérales*, edited by Claude Bariteau et coll. Montreal: Éditions Saint-Martin, p. 87-98.

_____. 1992*b*. Quebec's Historical Agenda, in *Constitutional Politics*, edited by Duncan Cameron and Miriam Smith. Toronto: James Lorimer, p. 23-36.

Roemer, Milton I. 1991. *National Health Systems of the World: Volume One, The Countries*. New York, Oxford University Press.

Ruggeri, G. C. 2001. *A Federation Out of Balance*. http://www.scics.gc.ca/pdf/860430004.pdf (19 February 2002).

Servais, Jean-Michel. 2001. Reflections on the European Model, *Relations industrielles/Industrial Relations* 56(4): 701-719.

Simeon, Richard. 1972. *Federal Provincial Diplomacy: The Making of Recent Policy in Canada.* Toronto: University of Toronto Press.

Simeon, Richard and Ian Robinson. 1990. *State, Society and the Development of Canadian Federalism.* Toronto: University of Toronto Press.

Taylor, Malcolm. 1989. Health Insurance: The Roller Coaster in Federal Provincial Relations, in *Federalism and Political Community,* edited by David P. Shugarman and Reg Whitaker. Peterborough: Broadview Press, p. 73-92.

_____. 1987. *Health Insurance and Canadian Public Policy*. Second edition. Kingston and Montreal: McGill-Queen's University Press.

Trudeau, Pierre. 1968. The Practice and Theory of Federalism, in *Federalism and the French Canadians*. New York: St. Martin's Press, p. 124-150.

Tuohy, Caroline. 1999. *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada*. New York: Oxford University Press.

_____. 1989. Health Care in Canada, in *Challenges to Federalism: Policy-making in Canada and the Federal Republic of Germany*, edited by William M. Chandler and Christian W. Zollner. Kingston: Institute of Intergovernmental Relations, p. 141-160.

_____. 1988. Medicine and the State in Canada: The Extra-Billing Issue in Perspective, *Canadian Journal of Political Science* 21(2): 267-296.

Vaillancourt, Yves. 1988. *L'évolution des politiques sociales au Québec, 1940-1960*. Montreal: Les Presses de l'Université de Montréal.

Wassener, Dietmar. 2002. Federalism and the German Health Care System, in *Health Policy and Federalism. A Comparative Perspective on Multi-Level Governance*, edited by Keith G. Banting and Stan Corbett. Montreal and Kingston : McGill-Queen's University Press, p. 69-105.

Weaver, R. Kent and Bert Rockman. 1992. When and How Do Institutions Matter?, in *Do Institutions Matter: Government Capabilities in the United States and Abroad*. Washington: Brookings Institution, p. 445-461.

Weir, Richard. 1973. Federalism, Interest Groups and Parliamentary Government: The Canadian Medical Association, *Journal of Commonwealth Political Studies* 11 (July): 159-175.

World Health Organization. 2001. *World Health Report 2001: Mental Health. New Understanding, New Hope*. France: WHO.

Wrobel, Marion G. 1994. *Les relations fiscales fédérales-provinciales au Canada: deux propositions de réforme*. Ottawa: Direction de la recherche parlementaire. http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/bp382-f.htm (19 February 2002).

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE Nº 18

Le fédéralisme et les soins de santé : L'impact de la dynamique politico-institutionnelle sur le système de soins de santé du Canada

par

François Rocher
Université Carleton

Miriam Smith
Université Carleton

août 2002

N° de catalogue CP32-79/18-2002F-IN

ISBN 0-662-87718-7

Bien que les opinions exprimées dans ces études n'engagent que celles du ou des auteurs, toutes ces études furent soumises à un processus indépendant d'examen par des pairs. La Commission tient à remercier l'Institut des services et de politiques de la santé (ISPS) des Instituts de recherche en santé du Canada pour avoir assuré la surveillance et la bonne marche de ce processus d'examen des études par des pairs. La participation des auteurs, des examinateurs et de l'ISPS à la réalisation de ces études constitue un apport important aux travaux de la Commission et contribuera à l'héritage qu'elle laissera.

Le générique masculin sera utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

Table des matières

Points saillants iv

Sommaire v

Effet des institutions politiques sur les politiques publiques : données canadiennes et comparatives 1

Évolution historique de l'élaboration des politiques dans le système de soins de santé du Canada 5

Répartition des pouvoirs, *Acte de l'Amérique du Nord britannique de 1867* 5
Évolution historique du fédéralisme canadien 6
Évolution historique de l'assurance-maladie 7
Financement des programmes établis 7
Loi canadienne sur la santé de 1984 9
Repli sous le régime Mulroney 11
Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux et ses répercussions 12
Le déséquilibre fiscal 15
Entente-cadre sur l'union sociale 18

Quelques facteurs de comparaison : l'Allemagne et l'Australie 21

Recommandations portant sur le changement 26

Bibliographie 28

Points saillants

Ce document présente un survol de la relation, au fil des ans, entre le fédéral et les provinces dans le domaine de l'élaboration de politiques sur les soins de santé. On y analyse comment les deux paliers de gouvernement ont partagé la répartition des pouvoirs dans le système de santé, ainsi que les conflits suscités par l'orientation des dépenses consacrées à l'assurance-maladie et des politiques en la matière. Ce document présente une recension des publications comparatives au sujet de l'impact de différences constitutionnelles sur l'élaboration des politiques, ainsi que l'évolution historique du fédéralisme et du système de santé. On y décrit aussi des systèmes comparables comme ceux de l'Australie, de l'Allemagne et des États-Unis, ainsi que les répercussions que la mondialisation et les accords commerciaux conclus récemment pourraient avoir sur l'évolution des soins de santé au Canada.

Les auteurs du document soutiennent qu'il serait possible de resserrer la coopération entre le fédéral et les provinces en éliminant le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) et en cessant de compter les points d'impôt dans le financement du système. Il faudrait plutôt enchâsser les principes du partenariat, de la transparence, de l'obligation de rendre compte et de la participation de la population que toutes les parties devraient accepter. Ils préconisent un retour au financement global moitié-moitié par le gouvernement fédéral et le renforcement des principes de la *Loi canadienne sur la santé*, mais aussi la création d'un mécanisme intergouvernemental qui permettrait aussi la participation des intervenants du système.

Sommaire

Ce document présente un survol de la relation, au fil des ans, entre le fédéral et les provinces dans le domaine de l'élaboration de politiques sur les soins de santé. On y analyse comment les deux paliers de gouvernement ont partagé la répartition des pouvoirs dans le système de santé, ainsi que les conflits suscités par l'orientation des dépenses consacrées à l'assurance-maladie et des politiques en la matière. Ce document présente une recension des publications comparatives au sujet de l'impact de différences constitutionnelles sur l'élaboration des politiques, ainsi que l'évolution historique du fédéralisme et du système de santé. On y décrit aussi des systèmes comparables comme ceux de l'Australie, de l'Allemagne et des États-Unis, ainsi que les répercussions que la mondialisation et les accords commerciaux conclus récemment pourraient avoir sur l'évolution des soins de santé au Canada.

Dans le contexte de cette étude, on nous a demandé d'analyser quatre grandes questions : Y a-t-il des secteurs où les relations fédérales provinciales sont plus harmonieuses et qui pourraient entraîner une innovation importante dans le système ? Comment les relations fédérales-provinciales au Canada se comparent-elles à celles qui existent ailleurs ? Comment d'autres pays font-ils face à leurs tensions ? Quels changements faudrait-il apporter aux mécanismes de coopération entre les deux paliers de gouvernement afin d'améliorer les relations entre eux à long terme ?

Notre analyse des publications sur les institutions politiques révèle que les gouvernements, tant fédéraux que provinciaux, défendront naturellement leur propre champ de compétence. La plupart des conflits entre les deux paliers de gouvernement portent naturellement sur des questions financières et fiscales. Le cas du Canada diffère un peu de celui d'autres pays, car le gouvernement du Québec défend avec une fermeté particulière la répartition originale des pouvoirs établie dans *L'acte de l'Amérique du Nord britannique de 1867*. D'autres provinces canadiennes ont fait preuve de flexibilité dans leur interprétation de la répartition des pouvoirs (même si toutes les provinces ont soulevé la question du déséquilibre fiscal vertical), mais le Québec n'a pas voulu sacrifier ses pouvoirs, comme le démontre le fait que le gouvernement du Québec n'a pas signé l'Entente-cadre sur l'union sociale (ECUS).

On considère souvent que l'ECUS constitue un modèle d'une relation plus harmonieuse. Nous ne croyons toutefois pas que ce modèle soit pratique et nous répétons les arguments avancés par le gouvernement du Québec. Le modèle de la diplomatie fédérale-provinciale ou des négociations intergouvernementales a servi avec succès dans un vaste éventail de relations fédérales-provinciales, particulièrement lorsque les négociations en question reposent sur les principes du respect mutuel, du partenariat et de l'égalité des gouvernements participants. On pourrait appliquer ces principes dans le secteur des soins de santé avec plus de succès que dans le passé, comme nous le verrons dans le document.

Notre analyse comparative démontre qu'il y a des tensions entre le fédéral et les gouvernements infranationaux dans tous les régimes fédéraux, sauf dans des cas comme celui de l'Australie, où un palier de gouvernement domine le secteur des soins de santé. Nous ne croyons pas que les modèles australien ou américain soient utiles. À propos du scénario australien, les gouvernements provinciaux, et en particulier le Québec (qui ne serait toutefois pas le seul),

n'accepteraient pas la domination du gouvernement fédéral, qui perturberait les relations institutionnelles historiques entre les deux paliers de gouvernement dans ce domaine. Le modèle américain n'est pas particulièrement pertinent parce qu'il repose sur une mosaïque de programmes (Medicare et Medicaid) et demeure un système en grande partie privé. Nous croyons toutefois que l'institutionnalisation des intervenants du système, comme dans le modèle allemand, ainsi que l'engagement stable et à long terme de consacrer du financement au système sont deux idées qu'il faudrait reprendre au Canada.

Les principes généraux qui devraient guider la coopération entre les deux paliers de gouvernement sont les suivants : partenariat égal entre le fédéral et les provinces dans la gestion du système de soins de santé; stabilité, transparence et caractère redditionnel du financement du système au fil des ans; participation et contribution de la population et des intervenants à la gestion du système. Nous supposons en outre que nous maintiendrons un système public de soins de santé sans permettre une privatisation importante et que nous maintiendrons le principe du caractère public, universel, accessible et transférable du système conformément à la *Loi canadienne sur la santé* de 1984. Nous croyons plus précisément que le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) et le fait de compter les points d'impôt transférés d'un palier de gouvernement à un autre ne respectent pas ces principes. Ils ont rendu le financement du système instable et incertain, systématisé l'insuffisance du financement et déséquilibré le système sur le plan fiscal, sans oublier qu'ils ont ouvert la porte aux forces politiques, tant canadiennes que continentales, qui favorisent la privatisation totale ou partielle du système. Nous sommes d'avis qu'il est absolument essentiel que le gouvernement fédéral fasse disparaître à la fois le TCSPS et les débats sur les points d'impôt transférés. Le meilleur système serait selon nous un système où il y aurait un seul paiement global du fédéral pour les soins de santé, qui serait régi par les principes généraux de la *Loi canadienne sur la santé*, mais qu'un mécanisme de désengagement limité viendrait assouplir. Le gouvernement devrait s'engager à long terme à revenir graduellement au financement moitié-moitié des soins de santé et les provinces devraient obligatoirement affecter à la santé le transfert fédéral reçu à cet égard. Nous croyons en outre que les mécanismes intergouvernementaux de gestion des relations fédérales-provinciales dans le domaine des soins de santé devraient institutionnaliser les relations entre les ministres de la Santé, et y inclure d'autres intervenants, comme dans le cas du modèle allemand. Dans la même veine et conformément à ces principes et aux nouveaux mécanismes, le gouvernement fédéral ne devrait pas lancer d'initiatives unilatérales en utilisant son pouvoir de dépenser dans les champs de compétence des provinces. Il devrait plutôt proposer de nouvelles initiatives dans le domaine des soins de santé par l'entremise de cette nouvelle institution intergouvernementale.

Effet des institutions politiques sur les politiques publiques : données canadiennes et comparatives

Cette étude vise à explorer les effets des institutions politiques fédérales sur la viabilité, l'efficience et l'adaptabilité du système de soins de santé du Canada. En soi, la question principale de l'étude est reliée à une des grandes questions des sciences politiques mêmes, soit l'impact d'institutions politiques comme le fédéralisme sur l'élaboration de politiques, la politique et les moyens de concevoir des politiques qui améliorent ou réduisent l'efficience ou l'adaptabilité. Les perspectives institutionnalistes en sciences politiques ont porté avant tout, en théorie et de façon empirique, sur ces questions qui ont trait à la forme globale de l'évolution de l'État providence (Liebfried et Pierson 1995; Pierson 2001), ainsi que sur le cas précis des soins de santé au Canada (Maoini 1998). Dans cette section, nous présentons une brève recension des publications canadiennes et comparatives qui traitent de l'impact que les institutions politiques fédérales ont sur les politiques et l'élaboration de politiques.

Une des grandes questions soulevées dans les publications canadiennes et comparatives concerne l'impact du fédéralisme sur le financement public dans la politique sociale. Le fédéralisme nuit-il au financement public et retarde-t-il l'évolution de l'État providence au départ ? Comment le fédéralisme façonne-t-il le concept stratégique des politiques sociales lorsque celles-ci ont été adoptées ? Le fédéralisme crée-t-il des obstacles à la restructuration et au repli, tout comme il aurait pu inhiber à l'origine l'élaboration des politiques sociales ? Ou bien, la dynamique du repli est-elle très différente de celle de la création et de l'expansion des programmes (Pierson 1994) ? Le fédéralisme instaure-t-il un régime de politiques sociales qualifié de « conservatisme constitutionnel » par Alan C. Cairns (1971) qui rend le système moins adaptable, flexible et ouvert au changement qu'il pourrait autrement l'être ? Une fois qu'on a établi des programmes sociaux, le fédéralisme crée-t-il des obstacles au repli et à la restructuration des programmes en question et rend-il le système imperméable à certains types de changements de politique ?

Le fédéralisme peut nuire au changement et à l'adaptabilité des politiques pour de nombreuses raisons. Là où le fédéral et les provinces partagent des compétences sur les politiques sociales, comme dans le domaine des régimes de retraite cotisables, les deux paliers de gouvernement doivent consentir à l'établissement de politiques sociales et à leur modification. Dans les cas de compétence provinciale, le fédéral joue un rôle important en finançant les politiques sociales : il recourt à cette fin à son pouvoir de dépenser. L'utilisation par le fédéral de son pouvoir de dépenser dans des domaines de compétence des provinces a soulevé des controverses politiques et constitutionnelles majeures, car les provinces ont affirmé qu'en orientant ou établissant des politiques par l'application de son pouvoir de dépenser dans des domaines stratégiques que la Constitution affecte aux provinces, le fédéral enfreint le principe du fédéralisme. Le fédéralisme complique le processus d'élaboration des politiques en multipliant le nombre d'intervenants qui ont un statut constitutionnel ou politique en la matière (Weaver et Rockman 1992; Pierson, 1994; et Banting 1987). En multipliant le nombre d'intervenants, les institutions politiques fédérales multiplient celui des points de veto dans le système décisionnel, ce qui permet à chaque province et au fédéral de s'opposer à l'établissement de politiques nouvelles ou à la modification de politiques sociales existantes. À cet égard, il est très important

de noter que la conception et l'impact du fédéralisme varieront selon les domaines. Les règles constitutionnelles et politiques qui régissent les régimes de retraite cotisables sont très différentes de celles qui régissent l'assurance-maladie parce que les compétences des gouvernements dans le régime fédéral canadien diffèrent dans les deux domaines stratégiques. Dans celui des régimes de retraite cotisables, l'amendement constitutionnel de 1951 précise clairement le pouvoir constitutionnel des deux paliers de gouvernement (les provinces ont préséance). Cette répartition a évolué au fil des ans pour devenir un ensemble de règles clairement comprises qui régissent le processus décisionnel (règle décisionnelle des sept et cinquante plus le consentement du Québec) et un concept stratégique souple qui permet aux provinces de se désengager du Régime de pensions du Canada, ce qui a permis d'accorder *de facto* un statut spécial au Québec (Banting 1985). La situation est plus fluide dans le contexte de l'assurance-maladie. À quelques exceptions près (p. ex., soins de santé pour les Autochtones), les soins de santé relèvent carrément de la compétence des provinces et l'intervention du fédéral repose sur une assise politique et constitutionnelle plus controversée, car il se sert de son pouvoir de dépenser pour orienter les politiques.

La multiplication des points de veto dans le régime fédéral retarde-t-elle l'élaboration et la modification des politiques sociales ? Les preuves à cet égard sont mixtes. Dans son analyse comparative des programmes de sécurité du revenu du Canada, Banting a constaté que le fédéralisme ralentissait modérément l'évolution de la sécurité du revenu (Banting 1987). Des analyses du domaine des soins de santé en particulier ont toutefois révélé que le fédéralisme a joué un rôle neutre dans l'évolution de l'assurance-maladie. Dans une analyse comparative de l'évolution des politiques de santé au Canada et en Australie, Gwendolyn Gray soutient, par exemple, que l'esprit partisan du gouvernement et la détermination des politiciens d'adopter (ou non) l'assurance-maladie ont joué un rôle plus important que le fédéralisme même (1991). D'autres qui ont analysé l'évolution du système canadien ont soutenu que même si le fédéralisme a certainement eu un effet sur l'évolution de la politique de santé, il ne l'a pas enrayée ni ralentie pour la peine (Tuohy 1993). De même, dans le contexte d'un vaste examen comparatif du fédéralisme et des politiques sociales en Europe et en Amérique du Nord, Pierson a conclu qu'il n'y avait pas de lien clair entre le fédéralisme et les politiques sociales expansionnistes (Pierson 1995).

L'envers de la médaille dans le cas des institutions politiques fédérales, c'est que de multiples points de veto peuvent aussi constituer de multiples points d'accès pour modifier des politiques. Cet argument comporte deux volets. Tout d'abord, comme Antonia Maioni l'a soutenu dans son étude comparative sur les origines des systèmes modernes de soins de santé du Canada et des États-Unis, le fédéralisme relativement décentralisé du Canada a permis de faire l'essai, à l'échelon local, de politiques sociales qui ont débouché sur la création du modèle moderne de l'assurance-maladie en Saskatchewan, soit l'assurance-hospitalisation en 1947 et l'assurance-soins médicaux en 1961 (Maioni 1998; Trudeau 1968). Le modèle de l'assurance-maladie s'est propagé de la Saskatchewan à d'autres provinces, en partie à cause de l'appui du fédéral qui, comme l'a affirmé Maioni, « a fait fonction d'agent de diffusion de la réforme » (1999, 99). Un changement de politique dans une province pourrait de même se propager à tout le Canada, ce qui inclut la possibilité que la désinscription de services médicaux et l'ouverture aux sociétés privées d'assurance dans une province se propagent à d'autres administrations dans le contexte d'une course comparative vers le bas. Tout comme il a étendu l'assurance-maladie

dans tout le pays en se servant de son pouvoir de dépenser, le fédéral peut aussi diffuser son retrait de l'assurance-maladie en réduisant son financement et affaiblissant son rôle d'application de la loi. Les études sur le retrait dans le contexte des politiques sociales n'ont pas vraiment tenu compte de cette dynamique. On s'est fondé sur les multiples points de veto du fédéralisme pour soutenir qu'il complique le processus de compression des programmes sociaux (Pierson 1994; Pierson et Smith 1993), mais on n'a pas développé systématiquement cet argument pour appuyer la diffusion du retrait graduel et invisible au fil des ans. Cela s'applique particulièrement à une situation où la politique peut changer « furtivement » (Gray 1990), à mesure que la montée de la concurrence du secteur privé mine le rôle du secteur public dans les soins de santé (Armstrong 1996). Noël a présenté récemment un argument puissant contre l'opinion selon laquelle la décentralisation crée une « course vers le bas » dans le financement par l'État providence et signale qu'un régime fédéral décentralisé peut offrir d'importantes occasions d'obliger les programmes sociaux à rendre des comptes, de les rendre transparents pour la population, de les sensibiliser aux besoins locaux et de trouver des solutions plus efficaces et efficientes aux problèmes de santé publique (Noël 1999).

L'argument fondé sur les multiples points de veto comporte un deuxième volet : ces points de veto constituent aussi des occasions politiques qui s'offrent aux forces sociales organisées d'agir sur l'orientation des politiques. Dans un régime fédéral où la responsabilité de haut niveau à l'égard de certains aspects des politiques est partagée entre le fédéral et les provinces – comme dans le cas de l'assurance-maladie – des groupes peuvent viser les deux paliers de gouvernement lorsqu'ils cherchent à orienter les politiques de la santé. S'ils échouent à un palier, ils peuvent essayer d'influencer l'autre en recourant à ce que Grozin, spécialiste américain des sciences politiques, appelle « l'hypothèse des chances multiples », c'est-à-dire le concept selon lequel le fédéralisme offre aux groupes plus qu'une présence au bâton, pour utiliser une analogie tirée du baseball. Des groupes peuvent même essayer de faire passer la responsabilité d'un palier de gouvernement à un autre s'ils croient que celui-ci peut leur être plus favorable. Par ailleurs, l'intervention de multiples paliers de gouvernement dans le régime fédéral d'élaboration de politiques signifie aussi que l'on a recours à de nombreux mécanismes intergouvernementaux de coordination des politiques. Le fédéralisme exécutif crée une dynamique dans le contexte de laquelle les fonctionnaires continuent souvent à négocier des enjeux stratégiques qui échappent à la portée des groupes d'intérêt. Les négociations intergouvernementales peuvent en réalité réduire le champ d'interaction entre les groupes d'intérêt dans le domaine de l'élaboration des politiques (Simeon 1972; Weir 1973).

Pour dépasser ces descriptions classiques de l'interaction entre les groupes et les institutions politiques dans le secteur des soins de santé, le concept du milieu d'orientation est utile (Pal 2001). Ce concept désigne les organisations non gouvernementales (ONG) et gouvernementales actives dans un secteur stratégique en particulier (comme celui des soins de santé) et les tendances de leurs échanges institutionnalisés. Le concept du milieu d'orientation peut aussi aider à décrire le rôle de la mobilisation de la population et des intervenants de la société civile dans le processus de modification et de réforme des politiques. Des travaux récents sur les organismes d'intérêt et les gouvernements indiquent que les gouvernements et les ONG peuvent être des alliés dans le processus d'élaboration de politiques et que, contrairement à ce qu'on pense traditionnellement des groupes que l'on croit exclus des relations intergouvernementales,

des initiatives récentes ont visé à faire participer des ONG au processus d'élaboration de politiques (Fafard 1997).

De plus, la théorie du choix rationnel est d'une applicabilité évidente jusqu'à un certain point dans des domaines stratégiques complexes comme l'assurance-maladie, où l'on compte de nombreux professionnels très spécialisés et des intérêts spécialisés comme les associations d'hôpitaux et les associations de professionnels de la médecine comme les médecins. Selon cette théorie, les intérêts spécialisés et pointus auront plus de facilité à s'organiser et les politiques publiques refléteront souvent les intérêts de ces groupes très spécialisés (comme les médecins ou les associations médicales) au détriment de l'intérêt public (Olson 1971). Il s'agit d'un problème majeur dans le débat sur l'assurance-maladie. La façon de définir les problèmes du système suscite des divergences de vues. Certains intervenants du système, comme les médecins, revendiquent des connaissances spécialisées et une expertise que la population peut avoir de la difficulté à évaluer et qui peuvent même jouer au détriment de la définition que le public établit de ses intérêts. Les sociétés d'assurances privées à but lucratif peuvent accaparer des services spécialisés des gouvernements qui leur sont réceptifs au détriment de la préférence que le public a énoncée clairement en faveur d'un système accessible, universel et transférable, et de son intérêt en la matière.

Ces opinions diverses du fédéralisme et des soins de santé reconnaissent toutefois la complexité du domaine du fédéralisme fiscal et de la compréhension des rôles du fédéral et des provinces, complexité qui risque de renforcer le déficit démocratique dans le système des institutions politiques du Canada (Lazar 2000, 23-25). Pour le bien de la crédibilité, de la légitimité et de l'efficacité d'un système de soins de santé auquel les Canadiens sont passionnément attachés, il importe toutefois de trouver des moyens, comme dans le cas de l'Entente-cadre sur l'union sociale (ECUS), qui permettent d'intégrer la mobilisation de la population dans les institutions du fédéralisme canadien qui ont trait aux enjeux des soins de santé.

Les études empiriques systématiques de la façon dont les groupes organisés agissent sur l'élaboration de politiques dans le système de santé aux échelons fédéral et provincial qui vérifient ces idées sont peu nombreuses jusqu'à maintenant (Tuohy 1988). En dépit du manque de données empiriques, il importe d'insister sur le fait que des analyses d'autres domaines stratégiques dans le contexte canadien, ainsi que dans d'autres pays qui ont un régime fédéral (p. ex., Gray 1991), ont vérifié ces perspectives. Il y a donc lieu de croire que ces idées pourraient être applicables dans le domaine de l'assurance-maladie. Si on les prend au sérieux, elles indiquent que le fédéralisme joue un rôle très important dans l'orientation des politiques dans le contexte du système d'assurance-maladie et que les suggestions portant sur la réforme doivent tenir compte de la possibilité que le fédéralisme puisse faciliter les changements de politique dans certains domaines tout en créant des obstacles dans d'autres. Quelle qu'en soit la teneur spécifique, les réformes bien conçues doivent tenir compte de cette dynamique.

Évolution historique de l'élaboration des politiques dans le système de soins de santé du Canada

Répartition des pouvoirs, *Acte de l'Amérique du Nord britannique de 1867*

Au XIX^{e} siècle, les soins de santé étaient considérés comme une question locale et privée plutôt que de responsabilité gouvernementale et les Pères de la Confédération ne se sont pas plus attardés au palier de gouvernement qui devrait avoir compétence sur l'assurance-maladie qu'à celui qui devrait avoir compétence sur le pétrole en mer. Comme on le signale dans le rapport Rowell-Sirois (1940), « [e]n 1867, le service de la santé publique était encore à l'état embryonnaire, l'opinion courante voulant que les individus se préoccupent eux-mêmes de leur santé. L'État n'est intervenu que d'une façon exceptionnelle pour protéger et améliorer la santé des citoyens, et cette intervention n'était tolérée que dans les cas d'urgence » (Canada 1940, 33-34). Les administrations locales et municipales, qui relevaient de la compétence des provinces, se chargeaient d'une grande partie des activités dans le domaine de la santé publique.

L'acte de l'Amérique du Nord britannique de 1867 (AANB de 1867) a attribué à la compétence exclusive des provinces toutes les questions « de nature simplement locale ou privée » et, au paragraphe 92(7), la Loi accorde explicitement aux provinces le pouvoir exclusif de légiférer sur l'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux, asiles, institutions et hospices de charité autres que les hôpitaux de marine. Les responsabilités fédérales dans ce domaine sont reliées à d'autres domaines de compétence fédérale, comme la navigation, l'immigration, le transport maritime, le commerce, les peuples autochtones (ou les Indiens, pour reprendre la terminologie de la Loi), les travaux publics et la défense. Au cours de l'entre-deux-guerres, le ministère fédéral de la Santé était chargé d'administrer les lois fédérales sur la santé publique qui avaient trait aux stupéfiants, à la salubrité des aliments et à l'innocuité des médicaments, à la lèpre, aux brevets médicaux et aux travaux publics. Un Conseil fédéral d'hygiène réunissait en outre les ministres provinciaux et fédéral de la Santé afin de coordonner les activités fédérales et provinciales (Canada 1940, 32-33). Ces premières activités intergouvernementales annonçaient l'éventail moderne des réunions et des négociations intergouvernementales entre les deux paliers de gouvernement dans ce domaine.

Son pouvoir de dépenser était toutefois le principal moyen qui permettait au fédéral d'exercer son autorité dans le domaine des soins de santé. L'AANB de 1867 accorde au fédéral un pouvoir à peu près illimité d'imposer et de dépenser. Ce pouvoir lui a permis d'intervenir dans des domaines de compétence des provinces comme les soins de santé et d'essayer de les obliger à se conformer à des normes nationales uniformes, voire même d'orienter l'esprit de politiques qui relèvent de la compétence des provinces. C'est donc le recours à son pouvoir de dépenser qui permet au fédéral d'imposer des normes nationales dans le domaine de l'assurance-maladie. Le fédéral peut appuyer financièrement l'assurance-maladie, tandis que la responsabilité de la conception et de la prestation des services incombe aux provinces.

Évolution historique du fédéralisme canadien

Même si l'AANB de 1867 établit la répartition des pouvoirs entre le fédéral et les provinces, les institutions politiques fédérales du Canada, comme celles d'autres régimes fédéraux, ont changé et évolué au fil des ans. À mesure que le régime fédéral a évolué, le rôle des gouvernements provinciaux a pris plus d'importance que ne l'avaient prévu à l'origine les Pères de la Confédération. À différents moments de l'histoire, presque toutes les régions du Canada ont vécu un mouvement d'affirmation des provinces variant de ceux qui visaient à affirmer le droit des provinces en Ontario et au Québec immédiatement après la Confédération jusqu'à la contestation du Canada central par l'aile ouest du Parti conservateur, sans oublier le Mouvement des droits des Maritimes au cours des années 20. La diversité régionale, nationale et linguistique du Canada a eu tendance à renforcer le pouvoir des provinces. De plus, conjuguée aux phénomènes de l'urbanisation et de l'industrialisation, la transition du laisser-faire du XIX^{e} siècle à l'interventionnisme de l'État au XX^{e} siècle a obligé le gouvernement fédéral à élaborer de nouvelles politiques. L'interventionnisme de l'économie keynésienne et la montée de l'État-providence ont posé des problèmes fondamentaux au régime fédéral du Canada. Ces problèmes ont atteint un point critique pendant la Crise : le fédéralisme canadien a connu une véritable crise d'une durée de 20 ans (Mallory 1954; Simeon et Robinson 1990). Les provinces étaient chargées de nombreux aspects des politiques sociales, selon l'interprétation des niveaux de compétence établis dans l'AANB de 1867 formulée par la cour d'appel de la plus haute instance du Canada avant 1949, le Comité judiciaire du Conseil privé (CJCP). Le gouvernement fédéral disposait toutefois de sources de revenu stable plus solides et il était donc mieux placé pour financer des programmes sociaux.

On a commencé à résoudre cette énigme après la guerre lorsque le gouvernement fédéral s'est servi de son pouvoir de dépenser dans des domaines de compétence des provinces pour lancer des programmes sociaux. On a en outre trouvé, pendant et après la guerre, la volonté politique nécessaire pour modifier la Constitution afin de prévoir la compétence du fédéral sur l'assurance-chômage (1940) et les régimes de retraite cotisables (1951). Des années 40 aux années 60, de nouvelles formes de négociations intergouvernementales ont fait leur apparition, car les deux ordres de gouvernement avaient des responsabilités à l'égard de l'État-providence qui commençait à prendre forme. Devant cette toile de fond, l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie ont fait leur apparition, tout d'abord comme projet d'une seule province et ensuite, comme projet appuyé par le gouvernement fédéral pendant que le régime se propageait à toutes les provinces.

Durant toute la période qui a suivi la guerre, pendant que la relation entre le fédéral et les provinces changeait dans le domaine des politiques sociales, le Québec a constamment adopté une position distincte. Pendant la période qui a précédé la Révolution tranquille, le gouvernement Duplessis n'était pas intéressé à étendre le rôle du gouvernement du Québec dans le domaine des politiques sociales. Après la Révolution tranquille, les gouvernements libéraux et ceux de l'Union nationale des années 60 ont affirmé le contrôle du Québec sur la politique sociale, ce qui est devenu un problème constitutionnel majeur et a provoqué une série de négociations intergouvernementales sur des questions comme les pensions et l'assurance-maladie. Dans le sillage de la Révolution tranquille des années 60, on considérait la politique sociale comme un important levier de contrôle et de développement pour l'État québécois

(Vaillancourt 1988). Les gouvernements du Québec ont cherché à étendre le rôle des provinces dans l'élaboration des politiques sociales au cours de négociations constitutionnelles comme celles de Victoria en 1971, par exemple, ce qui a incité le gouvernement fédéral à assouplir les arrangements pour permettre au Québec de jouer un rôle indépendant dans des domaines des politiques sociales (comme la politique sur les pensions qui a permis au Québec de créer son propre Régime des rentes du Québec parallèlement à l'établissement du Régime de pensions du Canada). Ces arrangements visaient aussi à contenir le champ d'application du pouvoir de dépenser du fédéral dans des domaines de compétence des provinces, comme dans le cas des négociations constitutionnelles de 1980-1981, du Lac Meech et de Charlottetown (Rocher 1992*a*, 87-98; 1992*b*, 23-36).

Évolution historique de l'assurance-maladie

Le fédéralisme a offert des possibilités institutionnelles particulières aux gouvernements tant provinciaux que fédéral qui étaient déterminés à instaurer l'assurance-maladie. Aux deux paliers de gouvernement, l'établissement de l'assurance-maladie a obligé à élire des partis politiques voués à cette politique sociale. Sur la scène provinciale, c'est l'élection du gouvernement CCF en Saskatchewan qui a créé la volonté politique de chercher à instaurer l'assurance-hospitalisation en 1947 et l'assurance-maladie en 1961. La compétence des provinces sur les soins de santé a permis au gouvernement CCF de Tommy Douglas, qui a fait œuvre de pionnier, d'instaurer l'assurance-hospitalisation en Saskatchewan en 1947. Grâce à son pouvoir de dépenser, le fédéral a pu jouer un rôle en finançant le régime et en offrant aux autres provinces des incitations à suivre l'exemple de la Saskatchewan. Après une longue lutte politique, le fédéral a créé un régime de partage des coûts de l'assurance-hospitalisation en 1957 et toutes les provinces y avaient adhéré en 1961 (Taylor, 1987). Là encore, dans le domaine de l'assurance-maladie, la Saskatchewan a fait œuvre de pionnier en l'instaurant après une grève des médecins en 1961. Après l'élection de Lester Pearson à la direction des Libéraux, le gouvernement libéral est devenu partisan de l'assurance-maladie et a instauré un programme de partage des coûts en 1966.

Financement des programmes établis

Au milieu des années 70, le système avait des problèmes. Le fédéral était d'avis qu'il n'avait aucun moyen de contrôler les coûts des soins de santé, car c'étaient les provinces qui prenaient les décisions sur les dépenses dans ce domaine. L'incitation à contenir les coûts avait diminué, car les provinces dépensaient des « demi-dollars » en assurance-santé. Les provinces, elles, se plaignaient que le financement accordé par le fédéral pour l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie déformait leurs priorités dans le domaine des soins de santé en finançant deux types de programmes seulement – l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie (Taylor 1989, 89).

Ces préoccupations sont à l'origine de la négociation, en 1977, d'une nouvelle Formule de financement des programmes établis (FPE) régissant les transferts aux provinces pour les soins de santé et l'enseignement postsecondaire. Le régime du FPE créait une subvention globale par

habitant que le fédéral versait aux provinces. La subvention était reliée à une moyenne mobile de trois ans fondée sur les augmentations du PNB par habitant. Le fédéral a en outre offert des points d'impôt équivalant à la moitié de la contribution fédérale existant à l'époque. Les points d'impôt sont un pourcentage de l'impôt sur le revenu des particuliers et des sociétés perçu par le fédéral. En transférant aux provinces un pourcentage de l'impôt sur le revenu, le gouvernement fédéral se trouvait en réalité à leur transférer la capacité de percevoir ce pourcentage d'impôt et d'en bénéficier à l'avenir. Le transfert de points d'impôt équivalait à l'origine à la moitié du transfert fédéral de 1976 pour les soins de santé et l'enseignement postsecondaire. La valeur réelle des points d'impôt au cours d'une année donnée a bien entendu fluctué, dans le contexte du FPE, en fonction de facteurs comme l'état de l'économie. Le FPE comportait en outre des paiements de péréquation versés aux provinces pauvres afin de porter le rendement de leurs points d'impôt au niveau de la moyenne nationale.

Après 1977, les transferts aux provinces comportaient donc deux éléments : des transferts en espèces et des points d'impôt. Il importe de signaler que l'admissibilité au transfert de points d'impôt n'était assortie d'aucune condition tandis que celles que prévoyait à l'origine la loi sur l'assurance-maladie s'appliquaient toujours à la subvention par habitant (Charles et Badgley 1987). La nouvelle formule a relâché le lien entre le financement fédéral et le coût réel de l'assurance-maladie. Dans le régime qui a précédé le FPE, le fédéral payait 50 % des coûts réels de l'assurance-maladie et sous le régime du FPE, la portion en argent du transfert fédéral était reliée à la croissance du PNB plutôt qu'à l'augmentation des coûts réels des soins de santé. En outre, même si le transfert devait être réparti entre l'enseignement postsecondaire et les soins de santé à raison du tiers du transfert total (subvention en espèces et points d'impôt) consacré à l'enseignement postsecondaire et des deux tiers aux soins de santé, le transfert n'était pas « lié » en réalité. Le fédéral a permis aux provinces de traiter le transfert comme revenu général et leur a laissé les décisions sur les dépenses (Maslove 1992, 59).

Le gouvernement fédéral avait prévu que la nouvelle formule de financement limiterait les coûts et réduirait la contribution fédérale. La partie transfert des paiements, indexée en fonction de l'augmentation moyenne du PIB sur trois ans, a produit en réalité une réduction parce que les taux d'inflation dans le secteur des soins de santé dépassaient le taux général d'augmentation de l'indice des prix à la consommation. Comme le taux d'inflation a augmenté plus rapidement que les dépenses réelles de santé et d'éducation à la fin des années 70, la part fédérale des dépenses consacrées par les provinces aux soins de santé a toutefois augmenté en réalité après l'avènement du FPE. Les dépenses totales reliées au FPE (y compris l'enseignement postsecondaire) ont augmenté les transferts aux provinces d'environ 1,5 à 1,8 milliard de dollars de plus que ce qu'elles auraient reçu avant la formule du FPE (Canada. Groupe de travail parlementaire sur les relations fédérales-provinciales 1981; Brown 1986, 111-132).

La complexité des arrangements financiers intergouvernementaux dans le domaine des politiques a contribué à rendre l'information « invisible », comme le démontre le fait qu'après l'avènement du FPE, chaque palier de gouvernement a blâmé l'autre pour la montée des coûts des soins de santé. Les gouvernements provinciaux ont affirmé que le fédéral ne finançait pas suffisamment le système, tandis que celui-ci soutenait que les provinces détournaient les transferts à d'autres fins, accusation qui s'est révélée par la suite sans fondement (Charles et Badgley 1987, 51-52). En outre, lorsque l'on a renouvelé le FPE (et les accords fiscaux

connexes) pour la période de 1982 à 1987, le fédéral a éliminé la garantie relative au revenu, ce qui a fait perdre quelque 5 milliards de dollars aux provinces au cours de la même période (Taylor 1989, 84). Pendant que les coûts de l'assurance-maladie augmentaient, les pressions financières qui s'exerçaient sur les gouvernements provinciaux ont ouvert la porte à ce que l'on a considéré comme la reptation de la privatisation (surfacturation accrue des médecins et frais d'utilisation dans certaines provinces).

Loi canadienne sur la santé de 1984

On craignait que la surfacturation et les frais d'utilisation minent les principes fondamentaux de l'assurance-maladie. Les deux ont ouvert la porte à un système de soins de santé à deux vitesses, où ceux qui auraient les moyens de payer bénéficieraient d'un meilleur accès à certains types de services (selon l'étendue et le type des frais d'utilisation et selon les spécialités médicales les plus susceptibles de surfacturer). En bout de ligne, les deux pratiques pourraient déboucher sur une situation où l'accès à certains services médicaux pourrait ne pas être universel dans certaines régions du pays.

Même si ces mesures ne touchaient pas beaucoup de consommateurs de soins de santé, les pressions qui s'exerçaient sur le fédéral afin qu'il applique les conditions qu'il impose lui-même à ceux qui veulent obtenir du financement fédéral ont commencé à s'alourdir. Le fédéral était considéré comme le garant des soins de santé universels et accessibles. Il fallait déterminer comment il s'y prendrait pour retenir le financement des gouvernements qui enfreignaient ainsi les principes de l'assurance-maladie. Comme responsable de l'application des normes nationales de l'assurance-maladie, le fédéral aurait dû en principe pouvoir retenir le financement fédéral si les provinces enfreignaient les principes de l'assurance-maladie. Comme les fonctionnaires fédéraux l'ont toutefois découvert, ni la loi à l'origine de l'assurance-maladie ni le FPE ne prévoyaient de formule permettant au fédéral d'appliquer ces conditions en retenant les fonds. Dans le contexte du FPE, il ne pouvait de toute façon retenir de points d'impôt des provinces. La partie du financement fédéral constituée par les points d'impôt avait déjà été transférée aux provinces et le fédéral ne pouvait facilement les « reprendre » des provinces permettant les frais d'utilisation ou la surfacturation. La partie en argent de la subvention pouvait toutefois, en principe, être retenue. Ni la législation créant l'assurance-maladie ni le FPE ne contenaient toutefois de formule de retrait équivalent du financement fédéral. Le seul moyen de faire obéir les provinces récalcitrantes consistait à retenir toute la portion en argent du transfert, mesure qui non seulement constituerait une pénalité exagérée, mais causerait aussi le chaos dans le financement des soins de santé par les provinces.

Afin de régler le problème, le gouvernement fédéral a adopté la *Loi canadienne sur la santé* de 1984, qui renforçait et clarifiait les conditions fédérales du financement des soins de santé. La Loi établissait des critères clairs pour régir les conditions et prévoyait des sanctions financières proportionnelles à l'importance réelle des frais d'utilisation et de la surfacturation permis par les provinces. Ces conditions s'appliquaient seulement à la partie en argent du transfert fédéral. La Loi obligeait aussi les provinces à indiquer clairement dans les documents publics le rôle joué par le fédéral dans le financement de l'assurance-maladie pour rehausser ainsi sa visibilité dans ce domaine. La Loi prévoyait enfin que si elles adoptaient l'arbitrage obligatoire (non imposé par

la Loi), les provinces devaient permettre que l'on débatte de la décision à l'assemblée législative. On a apporté cette dernière modification à la demande des médecins qui étaient d'avis que le débat public à l'assemblée législative leur serait favorable (Taylor 1987).

La *Loi canadienne sur la santé* a outragé à la fois les médecins et les gouvernements provinciaux. Les provinces soutenaient qu'on ne les avait pas consultées, que la Loi empiétait sur leur compétence dans le domaine des soins de santé et qu'elle ne réglait pas le problème posé par le financement insuffisant. Les médecins se sont aussi opposés à la Loi parce qu'ils considéraient qu'elle empiétait sur leur liberté d'entreprise (Canada, Chambre des communes 1983-1984). Comme Caroline Tuohy l'a signalé, l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* est un exemple frappant de la défaite d'un groupe d'intérêt puissant et nombreux – les médecins – en faveur de l'intérêt diffus des consommateurs (1988, 267-96).

Il faut considérer cette intervention dans le contexte des partis politiques de l'époque. Même si les trois partis fédéraux (y compris les Conservateurs de Mulroney dans l'opposition) l'ont appuyée, la *Loi canadienne sur la santé* enchâssait plusieurs principes qui avaient joué un rôle critique dans la vision de l'unité nationale formulée par le gouvernement libéral. La Loi confirmait la volonté des Libéraux d'intervenir dans des domaines de compétence des provinces et de se servir du gouvernement fédéral comme moyen d'édifier des identités nationales. La version centralisatrice du fédéralisme canadien des Libéraux a atteint sont zénith au cours de la période de 1980 à 1982 avec le débat sur le rapatriement de la Constitution, l'enchâssement d'une Charte des droits et le Programme énergétique national. En 1984, le gouvernement achevait son mandat et avait effectué un repli par rapport à sa tendance à centraliser et à nationaliser dans les domaines des politiques économiques et énergétiques. La *Loi canadienne sur la santé* a permis au gouvernement de réaffirmer, sans aucun coût financier, le rôle nationaliste du fédéral dans les politiques sociales. Même si des intervenants puissants – les médecins et les gouvernements provinciaux – s'étaient alliés contre le projet de loi, ces intérêts n'étaient pas en mesure de menacer l'adoption de la Loi. Contrairement au cas du RPC, le fédéral n'était pas obligé de consulter les provinces au sujet de modifications des règles régissant l'assurance-maladie (Courchene 1985, 3-5). Même si les médecins ont témoigné au cours des audiences publiques portant sur le projet de loi, ils n'avaient aucun moyen de protester contre un exécutif déterminé. Leur seul recours a consisté à exercer des pressions sur les gouvernements provinciaux. La *Loi canadienne sur la santé* a provoqué en Ontario, par exemple, une grève de six jours des médecins au sujet de la surfacturation. Les conséquences de l'insatisfaction des médecins face au projet de loi se sont répercutées non pas sur le fédéral, mais sur les provinces chargées de négocier les grilles d'honoraires avec eux. Enfin, la *Loi canadienne sur la santé* s'est révélée d'une popularité écrasante auprès des Canadiens même si, malheureusement pour les Libéraux, ils ont perdu l'avantage partisan de l'enjeu lorsque les Conservateurs fédéraux ont appuyé la Loi (Institut canadien d'opinion publique 1984, 10, 14 mai 1984; Tuohy 1988, 295-296; et Watson 1985). Pour reprendre les propos de Brian Mulroney, « [e]n ce qui concerne le Parti conservateur, l'assurance-maladie est un principe inviolable que nous allons préserver » (cité dans Taylor 1987, 443).

Repli sous le régime Mulroney

Les efforts déployés par les Libéraux afin de réduire la responsabilité fédérale à l'égard des coûts des soins de santé ont porté fruit en partie seulement, mais les Conservateurs ont montré rapidement qu'il était possible d'utiliser au profit du repli la capacité unilatérale du gouvernement fédéral de modifier la formule compliquée et obscure de la FPE. En 1985, le ministre des Finances a limité les transferts fédéraux au titre de la FPE aux augmentations du PNB moins deux points. Le budget de 1989 a accentué cette tendance en modifiant la formule d'indexation pour passer à l'augmentation du PNB moins trois points (Conseil national du bien-être social 1991, 32). Le budget de 1990 est allé même plus loin en bloquant le volet en espèces des dépenses de la FPE au niveau de 1989-1990, gel que le budget de 1991-1992 a maintenu et qui s'est prolongé jusqu'en 1994-1995 (Battle et Torjman 1993, 6).

En dépit des répercussions évidentes de ces compressions pour les gouvernements provinciaux et les consommateurs de l'assurance-maladie, les changements ont soulevé très peu de protestations publiques. Les provinces se sont plaintes que le fédéral réduisait le financement qu'il leur accordait pour l'assurance-maladie, mais ces objections n'ont pas mobilisé l'opposition de la population. C'est attribuable en partie à la complexité et à l'obscurité de la formule de financement à cause desquelles le public a de la difficulté à évaluer les affirmations et les répliques du fédéral ou des provinces dans ce domaine.

Les groupes d'intérêt dans le domaine de l'assurance-maladie qui auraient pu s'opposer à ces réductions ont en outre une structure provinciale parce que la prestation de l'assurance-maladie incombe aux provinces. Même si ces groupes décident de se faire entendre à Ottawa, le processus budgétaire même est assez bien isolé des pressions des groupes d'intérêt, sauf lorsque ceux-ci peuvent mobiliser l'opinion publique contre le gouvernement, comme cela s'est produit lorsque le personnes âgées se sont opposées à la désindexation de la pension de sécurité de la vieillesse en 1985. Les groupes nationaux qui s'opposaient aux réductions de l'assurance-maladie comme la Coalition Santé Canada – alliance générale de syndicats, de groupes de lutte contre la pauvreté, de groupes religieux et de groupes de personnes âgées qui appuient l'augmentation du financement consacré aux soins de santé, l'universalité et un solide rôle fédéral dans le financement de l'assurance-maladie – n'ont pu mobiliser une opposition nationale efficace pour défendre l'assurance-maladie. Les groupes d'intérêt sont plus cohérents à l'échelon provincial, mais même là, des groupes puissants comme les médecins ont subi la défaite dans leur grève en Ontario (Tuohy 1989, 141-160).

Les compressions ne font pas que réduire le financement mis à la disposition des provinces pour l'assurance-maladie : elles minent de plus la capacité du fédéral de faire respecter les conditions de la *Loi canadienne sur la santé*, ce qui est encore plus important. Le volet (conditionnel) en espèces du transfert fédéral a diminué par rapport à la partie fiscale (inconditionnelle).

Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux et ses répercussions

Dans le contexte de l'importance croissante accordée à la réduction du déficit, le gouvernement libéral de Jean Chrétien a modifié considérablement les modalités du financement accordé par le fédéral pour les soins de santé, l'enseignement postsecondaire et l'aide sociale dans le budget de 1995. Le gouvernement y a annoncé le remplacement du financement des programmes établis et du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) par un seul moyen de financement, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Pour 1995-1996, l'augmentation de la FPE a été fixée au PNB moins 3 % tandis que le Régime d'assistance publique du Canada était bloqué au niveau de 1994-1995 pour l'ensemble des provinces et des territoires. Le TCSPS devait s'établir à 26,9 milliards de dollars en 1996-1997 et 25,1 milliards en 1997-1998. En 1996-1997, les provinces et les territoires ont reçu un financement fondé sur les montants auxquels ils avaient droit en vertu de la FPE et du RAPC en 1995-1996.

Le gouvernement fédéral a justifié la mise en œuvre du TCSPS en affirmant qu'il représentait un financement stable pour les soins de santé, l'enseignement postsecondaire et l'aide sociale, dans la mesure où les provinces et les territoires savaient d'avance combien ils recevraient au cours des cinq années suivantes. Le résultat net de ce changement a toutefois été une ponction de 2,5 à 7 milliards de dollars du transfert fédéral, selon la méthode de calcul utilisée. Priorité pour le gouvernement Mulroney, la lutte contre le déficit est demeurée prioritaire pour le nouveau gouvernement libéral, au détriment du financement des programmes sociaux (O'Neil 1997, 179).

Depuis son entrée en vigueur, on reproche au TCSPS d'avoir réduit la capacité du fédéral de maintenir les normes nationales de la *Loi canadienne sur la santé*. Les provinces et les territoires ont dû sabrer dans les programmes sociaux en général et les soins de santé en particulier. Ils ont dénoncé non seulement la réduction du transfert, mais aussi la démarche unilatérale du fédéral, ainsi que le fait qu'il n'a pas consulté au sujet de la conception de la nouvelle politique, ce qui a renforcé le ressentiment de certaines des provinces à l'égard du RAPC, qui avait été limité dans le cas de certaines provinces comme l'Ontario. Comme l'a dit O'Neil :

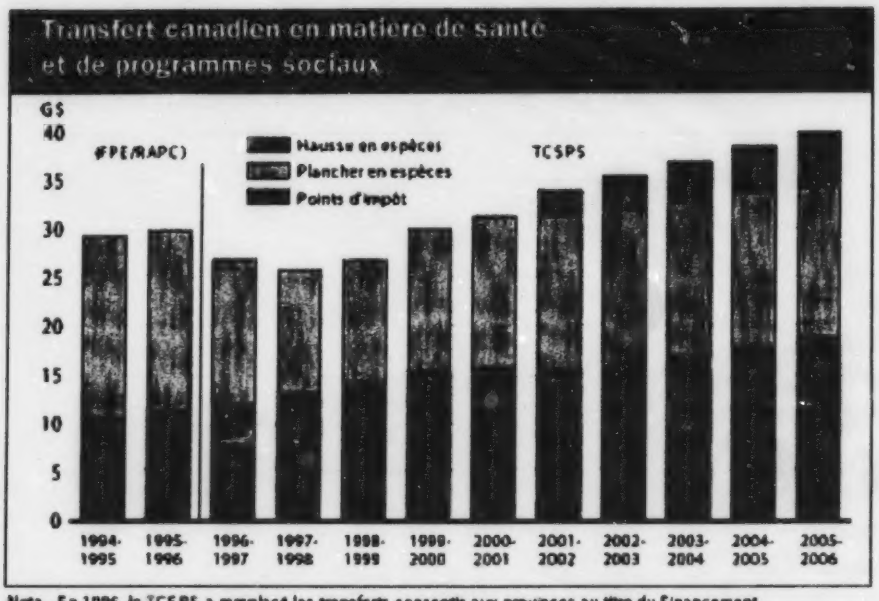
> Loin d'être simplement un changement des priorités des politiques publiques, l'avènement du TCSPS représente un autre changement de la participation du fédéral dans le domaine de la santé. Grâce au TCSPS, le fédéral a ainsi réduit suffisamment sa participation financière dans le secteur de la santé pour rendre très difficile, ou du moins pas très importante, toute tentative de retenir des fonds de transfert fédéraux en cas de violation de la *Loi canadienne sur la santé*. (O'Neil 1997, 182)

D'autres ont insisté sur le fait que l'avènement du TCSPS pourrait pousser les gouvernements à adopter des politiques plus souples et faisant preuve de plus d'imagination. Il est toutefois difficile de voir comment cela aurait pu fonctionner lorsque les transferts ont diminué considérablement : la flexibilité serait limitée à sabrer dans les budgets face aux nouvelles contraintes financières imposées par le fédéral. Le financement global a maximisé, pour les provinces et les territoires, l'incitation à mieux intégrer leurs programmes sociaux. Comme le transfert était lié aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et les

territoires devaient se conformer à cette condition ou risquer de perdre une partie du transfert fédéral. On a craint sans raison que les provinces et les territoires ne réduisent considérablement leur investissement dans les soins de santé, d'une part parce que les dépenses des provinces ont continué d'augmenter, mais aussi parce que les Canadiens n'étaient pas prêts à accepter une réduction des dépenses de la santé (Courchene 1995, 77; Cohn 1996, 169). De plus, sans compter que l'appui que la population manifestait à l'égard du système de santé a freiné les compressions imposées au système, l'existence de principes pancanadiens généraux a contribué au maintien et à la préservation de normes relativement comparables d'une province à l'autre. Dans la même veine, la possibilité de voir le fédéral pénaliser les provinces et les territoires qui imposaient des frais d'utilisation ou permettaient la surfacturation a elle aussi renforcé la préservation d'un système qui, s'il n'est pas uniforme, était raisonnablement semblable d'un bout à l'autre du Canada.

Il est évident que la mise en œuvre d'un nouveau mécanisme de financement a eu un effet sur l'autorité du fédéral dans le domaine des soins de santé, mais son repli ne constituait pas un phénomène nouveau, comme nous l'avons déjà vu. Le financement des programmes sociaux et des soins de santé constitue certainement une pierre d'achoppement entre le fédéral, qui affirme être le garant de principes dits « nationaux » et qui dispose d'une marge de manœuvre financière importante pour influencer les provinces et les territoires, d'une part, et les provinces et les territoires eux-mêmes qui doivent administrer les services de santé et planifier, financer et évaluer les dépenses consacrées aux soins hospitaliers, ainsi qu'aux services médicaux et paramédicaux, de l'autre. Ainsi, « le fédéral a peut-être perdu son pouvoir moral d'établir des normes pour la santé et le bien-être, mais les provinces n'ont pas encore prouvé qu'elles ont la capacité nécessaire de coopérer qui leur permettrait d'hériter de ce pouvoir et de l'exercer avec efficience » (Cohn 1996, 182). Dans un contexte plus global, le TCSPS ne constitue pas un abandon radical par rapport aux pratiques fédérales antérieures. Des provinces ou des territoires avaient déjà commencé à discuter de la possibilité d'imposer des frais d'utilisation, voire même d'ouvrir la porte au secteur privé longtemps avant l'établissement du TCSPS. Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que les provinces et les territoires aient exigé d'abord qu'on ramène le financement au niveau en vigueur avant l'imposition du nouveau mécanisme de financement.

Le budget de 1996 a mis en œuvre un mécanisme de financement de cinq ans (de 1998-1999 à 2002-2003) et a fixé le plancher des transferts en espèces à 11 milliards de dollars par année. Pour 1996-1997 et 1997-1998, les montants prévus au TCSPS ont été maintenus à 26,9 et 25,1 milliards de dollars, respectivement. Ces montants ont été augmentés par la suite d'un taux correspondant au PNB moins 2,0 %, PNB moins 1,5 % et PNB moins 1,0 % pour les trois années suivantes. On a mis en œuvre une nouvelle formule pour tenir compte des différences de la croissance démographique entre les provinces et les territoires et pour réduire de moitié, au plus tard en 2002-2003, les disparités existantes dans le calcul des droits, première étape vers une affectation égale par habitant. En 1998, on a modifié la loi pour fixer le nouveau plancher du volet en espèces du TCSPS à 12,5 milliards de dollars pour la période de 1997-1998 à 2002-2003. En 1999, le budget prévoyait une augmentation du TCSPS de 11,5 milliards de dollars en cinq ans, spécifiquement pour les soins de santé. On a modifié la formule pour que le droit soit calculé en fonction d'un montant égal selon la population pour 2001-2002. Le budget de février 2000 a ajouté encore 2,5 milliards de dollars au TCSPS pour l'enseignement



Nota - En 1996, le TCSPS a remplacé les transferts consentis aux provinces au titre du Financement des programmes établis (FPE) et du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC). Le plancher en espèces au titre du TCSPS comprend le supplément prévu au budget de 1999 (3,5 milliards) et celui prévu au budget de 2000 (2,5 milliards). La hausse en espèces du TCSPS correspond aux fonds fournis en septembre 2000 à l'appui des ententes sur le renouvellement en matière de santé et sur le développement de la petite enfance.

Source : Canada, ministère des Finances 2001.

postsecondaire et les soins de santé. Le volet en espèces du TCSPS a aussi dépassé 15,5 milliards de dollars par année pour la période de 2000-2001 à 2003-2004 (voir la figure ci-dessus).

De nombreux facteurs expliquent la croissance des transferts aux provinces et aux territoires. D'une part, ils ont dénoncé d'une façon particulièrement active la réduction du financement fédéral. De l'autre, à la veille des élections de 1997, le gouvernement Chrétien a promis d'augmenter le transfert fédéral et de fixer le plancher des transferts à 12,5 milliards de dollars. La situation budgétaire du fédéral s'était alors améliorée considérablement et il avait commencé à afficher un excédent important.

En septembre 2000, deux mois avant les élections fédérales, le gouvernement fédéral a tenu une réunion des premiers ministres pour discuter des soins de santé. Les premiers ministres se sont entendus sur un plan d'action relatif aux soins de santé et au financement de l'élaboration de politiques sur la petite enfance. Le fédéral a engagé un financement supplémentaire de 21,1 milliards de dollars sur cinq ans dans le contexte du TCSPS, dont 2,2 milliards de dollars pour le développement de la petite enfance. Ce financement est entré en vigueur immédiatement avant le déclenchement des élections de 2000. Le total du transfert en espèces aux provinces et aux territoires pour le TCSPS est passé de 15,5 milliards de dollars en 2000-2001 à 18,3 milliards en 2001-2002 et 19,1 milliards en 2002-2003, pour atteindre 21 milliards en 2005-2006. Compte tenu de cette prévisibilité plus grande, le gouvernement s'est engagé à fixer

le niveau des transferts en espèces pour 2006-2008 avant la fin de l'exercice 2003-2004. Il a maintenu ces engagements dans le budget de 2001, même s'il ne les a pas augmentés.

Il importe de signaler que tous les premiers ministres ont signé l'accord fédéral-provincial sur les soins de santé de septembre 2000. Dès le départ, l'accord a reconnu explicitement la compétence de chaque palier de gouvernement en affirmant que les principes « devront être interprétés dans le respect complet des compétences de chaque gouvernement ». L'accord présentait sept principes directeurs dont le premier a consisté à reformuler les principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Les gouvernements ont convenu de mettre en place des mécanismes d'établissement de partenariats interprovinciaux, notamment en ce qui concerne le partage de l'information sur les pratiques exemplaires. Ils se sont engagés aussi à tenir la population au courant des résultats pour les soins de santé et du rendement des services publics, ainsi que des mesures prises pour les améliorer. On a discuté d'un plan d'action comportant huit domaines d'intervention. Un des éléments les plus importants a été l'engagement portant sur la transparence, le caractère redditionnel vertical et l'établissement d'indicateurs comparables de l'état des soins de santé et de la qualité des services (p. ex., périodes d'attente, satisfaction des patients, soins à domicile, protection de la santé et prévention des maladies) d'un bout à l'autre du Canada.

Le déséquilibre fiscal

Conjuguée au fait que le fédéral enregistre des excédents budgétaires depuis quelques années, la réduction des transferts fédéraux aux provinces et aux territoires pour l'aide sociale, l'enseignement postsecondaire et la santé a déclenché un débat sur la question du déséquilibre fiscal entre le fédéral et les provinces et les territoires. Il est facile de comprendre que les finances constituent la principale pierre d'achoppement entre les deux paliers de gouvernement.

Il importe de distinguer le déséquilibre fiscal vertical du déséquilibre horizontal (Asselin 2001, 17-18). Le déséquilibre horizontal désigne les écarts importants au niveau de la force et de la capacité fiscales des provinces et des territoires. Les provinces et les territoires plus forts, comme l'Ontario, la Colombie-Britannique et l'Alberta, ont plus de facilité à financer leurs programmes et sont moins tributaires des transferts fédéraux. Ces trois provinces contribuent au programme de péréquation qui permet aux provinces et aux territoires moins riches d'offrir des services comparables au même coût que les provinces mieux nanties. Même si le déséquilibre horizontal suscite des controverses dans les débats sur la péréquation, le déséquilibre vertical est particulièrement important dans le domaine des soins de santé. Il y a un écart qui se creuse entre la capacité fiscale du fédéral comparativement à la capacité des provinces et des territoires de financer leurs propres programmes. Les provinces et les territoires sont responsables des programmes fondés sur les services à la population comme la santé, l'éducation, les services sociaux, etc., qui prennent de l'ampleur plus rapidement que leur assiette fiscale. Dans le cas du fédéral, c'est le contraire : il dispose de sources de revenu qui devraient augmenter plus rapidement que les programmes qu'il finance. Il est clair que les pouvoirs d'imposer des deux paliers de gouvernement sont mal divisés compte tenu des dépenses dont chacun a la responsabilité (Wrobel 1994, 5). La structure des revenus et des programmes est telle que le

fédéral accumule un excédent tandis que les provinces et les territoires ont de la difficulté à équilibrer leur budget à cause de leurs engagements.

Il est évident que la nature et même l'existence d'un déséquilibre fiscal ont suscité la controverse. Les revenus des provinces et des territoires ne leur permettent pas de s'acquitter de leurs obligations relatives à la santé, à l'éducation et à l'aide sociale tout en respectant leurs autres responsabilités. Les compressions des transferts fédéraux depuis l'entrée en vigueur du TCSPS ont aggravé le déséquilibre fiscal. Les transferts en espèces ont diminué du tiers de 1995 à 1999 et même si on l'a « rétabli » en 2000-2001, le financement fédéral présente toujours un écart défavorable de 3,2 milliards de dollars par rapport à ce qu'il était en 1994-1995. Par ailleurs, les dépenses consacrées aux soins de santé, à l'éducation et à l'aide sociale dépassaient de 18,8 milliards le niveau de 1994-1995 (Ministres des Finances des provinces et des territoires 2001, 5-8). Les changements récents du niveau des transferts fédéraux n'ont pas eu d'effet sur les causes structurelles de ce déséquilibre. Il est même possible que le fédéral continue d'accumuler les excédents pendant que la situation budgétaire des provinces et des territoires demeure à peu près stable. Les dépenses consacrées aux domaines de programme relevant de la compétence des provinces doivent augmenter à un taux annuel d'au moins 5 % parce que la population vieillit, la technologie évolue, le coût des médicaments augmente, tout comme le nombre des maladies qui coûtent plus cher à traiter comme le VIH/SIDA, l'hépatite C et les traumatismes cérébraux, parce qu'on n'investit pas suffisamment dans les hôpitaux et qu'il faut faire face aux problèmes posés par les pénuries de professionnels et de travailleurs de la santé (Ministres provinciaux et territoriaux de la Santé 2000: Ministères des Finances de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut 2001).

En résumé, l'excédent budgétaire fédéral augmente rapidement tandis que les provinces et les territoires ne pourront maintenir un équilibre budgétaire :

> *le fédéral a une structure fiscale déséquilibrée* capable de générer une croissance des revenus qui dépasse de loin les besoins fédéraux pour les dépenses. En revanche, on s'attend à ce que les revenus des provinces et des territoires n'augmentent qu'un peu plus rapidement que les dépenses, ce qui indique que la *structure fiscale des gouvernements provinciaux est à peu près équilibrée*. Cet équilibre est toutefois précaire et peut être perturbé même par des fluctuations relativement modestes de la conjoncture économique ou des pressions exercées par les dépenses (Ruggeri 2001, 5, souligné dans l'original).

Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont d'avis que le fédéral devrait rétablir le financement au moyen d'une méthode d'indexation qui garantira un niveau de financement où il sera tenu compte des pressions à la hausse qui s'exercent sur les dépenses du système de santé. Les provinces et les territoires évaluent à quelque 13 milliards de dollars l'écart entre ces principes et le transfert du TCSPS.

De plus, pour répondre à l'argument du fédéral qui affirme que ces calculs ne tiennent pas compte des points d'impôt transférés aux provinces et aux territoires, leurs gouvernements insistent sur le fait que l'inclusion de points d'impôt donne l'impression que le TCSPS est beaucoup plus important qu'il ne l'est en réalité. Les provinces et les territoires rejettent cette méthode de calcul du transfert qu'ils jugent illégitime. Le fédéral ne contrôle pas les points

d'impôt qui ne figurent pas comme poste de dépense dans le budget fédéral et qu'il n'est pas nécessaire de consacrer aux soins de santé. Pour les provinces et les territoires, « les provinces et les territoires comptabilisent le "transfert" d'impôt comme revenu provenant de leurs "propres sources", car il s'agit de revenus perçus grâce à leurs propres efforts fiscaux » (Ministres provinciaux et territoriaux de la Santé 2000, 14). En bout de ligne, il ne faut pas considérer l'augmentation de l'assiette fiscale des provinces et des territoires comme un transfert fédéral à perpétuité.

Dans un document récent (août 2001), les ministres provinciaux et territoriaux des Finances ont proposé quatre options dont les trois premières seraient lancées dans le contexte du TCSPS.

1. Augmenter le TCSPS jusqu'en 2004-2005 pour qu'il couvre la même part des coûts des programmes sociaux que le transfert fédéral antérieur couvrait en 1994-1995.

2. Le fédéral et les provinces partageraient à parts égales les nouveaux coûts du secteur des soins de santé.

3. Porter immédiatement le TCSPS au niveau absolu payé en 1994-1995.

4. Remplacer le TCSPS par un transfert de points d'impôt (Ministres des Finances des provinces et des territoires 2001, 12-13).

Les trois premières options n'éliminent pas les causes du déséquilibre fiscal, mais elles permettent un peu de rattrapage en portant le financement fédéral des programmes sociaux à 18 % des dépenses de programme réelles. Les gouvernements infranationaux demeureraient toutefois vulnérables aux décisions fédérales unilatérales. La quatrième option creuserait encore davantage le déséquilibre fiscal horizontal parce que l'assiette fiscale des provinces et des territoires varie considérablement d'un bout à l'autre du Canada. Cette option suppose que la péréquation serait elle aussi rajustée. Après tout, les cycles à la hausse ou à la baisse de l'économie ont un effet plus marqué sur les recettes des provinces et les rendent plus volatiles. Le fédéral verrait diminuer sa capacité d'agir sur les choix des provinces et des territoires parce qu'il n'aurait plus les moyens de pression que lui fournit la *Loi canadienne sur la santé*.

Le gouvernement du Québec a publié récemment le rapport de la Commission sur le déséquilibre fiscal, où l'on réaffirme, ce qui n'est pas étonnant, l'existence du déséquilibre que la Commission attribue non seulement au déséquilibre entre les dépenses et l'accès aux recettes fiscales, mais aussi à la faiblesse du système de transferts entre les gouvernements et au pouvoir de dépenser du fédéral. On signale dans le rapport que l'augmentation des dépenses représente la principale pression qui s'exerce sur les provinces à cause de facteurs comme l'augmentation du coût des médicaments, l'évolution de la technologie médicale et le vieillissement de la population. Pour s'attaquer à ce déséquilibre fiscal, la Commission a non seulement repris plusieurs recommandations des provinces, comme l'abolition du TCSPS et son remplacement par une nouvelle répartition des ressources fiscales, mais elle a aussi proposé que les provinces reprennent graduellement les recettes produites par la TPS. À toutes fins pratiques, en présentant ses recommandations, la Commission cherchait à limiter le recours au pouvoir de dépenser du fédéral (Québec 2002). Il y a évidemment très peu de chances que les recommandations de la

Commission sur le déséquilibre fiscal soient accueillies favorablement par ceux qui croient que « sans un investissement fédéral important dans le système de santé, le fédéral ne peut maintenir son influence morale et politique sur le système » (Adams 2002, 302).

Le fédéral considère les belles paroles reliées au « déséquilibre fiscal » comme une exagération verbale qui ne correspond pas à la réalité. De l'avis du fédéral, l'analyse du déséquilibre budgétaire repose sur une méthodologie qui ne fait que mettre en évidence les excédents budgétaires prévus, tandis qu'il serait préférable d'élaborer un modèle qui tiendrait compte de la marge de manœuvre budgétaire disponible. Dans cette optique, il n'y a pas de déséquilibre fiscal vertical entre les deux paliers de gouvernement (Matier, Wu et Jackson 2001). Il y a plusieurs facteurs dont il faudrait tenir compte : 1) dans le contexte d'un ralentissement de l'économie, les deux paliers de gouvernement doivent faire face à des contraintes budgétaires qui referment leur marge de manœuvre; 2) les deux paliers de gouvernement ont accès à la même assise de revenus et peuvent établir leur propre impôt sur le revenu (les provinces et les territoires peuvent récupérer les réductions d'impôt du niveau fédéral); 3) au total, les recettes des provinces dépassent celles du fédéral (dans ce calcul, les recettes des provinces incluent les transferts fédéraux); 4) les recettes produites par l'impôt sur le revenu n'augmenteront pas rapidement parce que la mondialisation crée des pressions concurrentielles qui ont tendance à réduire les impôts sur le revenu (ce qui est difficile à concilier avec le point 2 ci-dessus parce que les mêmes pressions de la concurrence empêchent les gouvernements provinciaux et territoriaux d'occuper l'espace fiscal abandonné par le fédéral); 5) le poids de la dette impose au fédéral des contraintes financières plus lourdes qu'aux provinces et aux territoires (Ministre des Finances 2002; Dion 2001).

En résumé, loin de vouloir s'attaquer au déséquilibre fiscal et vertical, le gouvernement fédéral en conteste l'existence même et soutient qu'il ne s'est pas retiré du financement de l'enseignement postsecondaire et des soins de santé, car environ 70 % de toutes ses nouvelles initiatives visent les soins de santé et l'éducation. De plus, le taux de croissance annuel des transferts fédéraux devrait dépasser 6 % au cours des cinq prochaines années, ce qui serait trois fois plus que la croissance prévue des revenus. Même si les tensions entre les deux paliers de gouvernement sont normales dans un régime fédéral, il règne à cet égard un malentendu fondamental au sujet de la nature et de l'origine du problème. Dans ce contexte, il est difficile de trouver des solutions acceptables pour les deux parties.

Entente-cadre sur l'union sociale

La signature, en février 1999, de l'ECUS par tous les premiers ministres, sauf celui du Québec, visait à répondre à l'inconfort croissant des gouvernements provinciaux face au déploiement sans limite, par le fédéral, de son pouvoir de dépenser. L'entente a été le fruit d'une initiative que les premiers ministres ont prise au cours de leur réunion annuelle de 1995 d'établir le Conseil de ministres sur la réforme et la refonte des politiques sociales, qui a été chargé d'établir des mécanismes afin de limiter le pouvoir de dépenser du fédéral, de clarifier les responsabilités de chaque palier de gouvernement et de limiter les chevauchements entre les deux paliers de gouvernement. Cette initiative a déraillé à cause du gouvernement fédéral qui, en

contrepartie d'une injection de fonds supplémentaires dans le domaine des soins de santé, a invité les provinces et les territoires à signer une entente cadre (Gagnon 2000).

L'ECUS reposait sur trois grands principes : 1) les nouvelles initiatives gouvernementales ne créeraient pas d'obstacles à la mobilité dans les domaines de l'enseignement postsecondaire, de la formation professionnelle, des soins de santé, des services sociaux et de l'aide sociale; 2) on mettrait en place des mécanismes redditionnels et de transparence afin de mesurer le rendement des programmes sociaux, d'établir des indicateurs de rendement et d'expliquer les contributions des deux paliers de gouvernement; 3) on mettrait en place un mécanisme pour faciliter l'approche des problèmes communs par le partenariat, notamment dans l'élaboration d'objectifs et de principes. Le fédéral a ainsi accepté de limiter son pouvoir de dépenser et s'est engagé à consulter les provinces au moins une fois par année avant de renouveler et de modifier les transferts aux provinces. En ce qui concerne ses nouvelles initiatives dans les domaines des soins de santé, de l'enseignement postsecondaire, de l'aide sociale et des services sociaux financés par le transfert, le fédéral s'est engagé d'une part à collaborer avec les gouvernements pour établir les priorités et les objectifs pancanadiens et, d'autre part, à ne pas prendre de nouvelles initiatives sans obtenir le consentement de la majorité des provinces. L'entente prévoit aussi qu'une province ou un territoire qui n'a pas eu besoin d'utiliser tout le transfert pour atteindre les objectifs stratégiques pourra réinvestir les fonds dans le même domaine. Pour avoir accès à ces transferts, les provinces et les territoires devraient respecter le cadre redditionnel. Par ailleurs, l'ECUS n'a pas limité les dépenses fédérales consacrées directement à des particuliers ou à des groupes (comme dans le cas des Bourses du millénaire ou de la Fondation canadienne pour l'innovation), même si elle a engagé le fédéral à consulter et à donner aux provinces et aux territoires un préavis de trois mois avant d'établir de tels programmes.

On peut considérer l'ECUS comme le fruit de nombreuses années d'efforts déployés pour stabiliser les relations intergouvernementales. Pour certains, l'entente constituait un retour à la situation qui prévalait avant l'avènement du TCSPS, car elle établissait les conditions qui permettent de lancer de nouveaux programmes, en particulier de soins à domicile et d'assurance-médicaments (Tuohy 1999, 106; Mendelson 1999). Pour d'autres, l'entente constitue une « étape cruciale dans le conflit historique opposant les provinces et le gouvernement fédéral en légitimant, en échange de contreparties minimales, le point de vue du gouvernement fédéral sur le pouvoir de dépenser » (Noël 2000). Sur le plan symbolique, le refus du gouvernement du Québec est important et est attribuable au manque de droit réel de désengagement, à l'absence de moyens de limiter l'intervention fédérale directe dans les champs de compétence des provinces, particulièrement en ce qui a trait aux transferts directs aux personnes et aux groupes, à la non-reconnaissance de la responsabilité primaire de la province dans le domaine des politiques sociales, à l'absence de garantie relative à la stabilité et à la prévisibilité des dépenses fédérales, ainsi qu'au fait qu'il est possible d'imposer des changements majeurs à toutes les provinces avec l'assentiment d'une majorité des provinces qui pourraient regrouper à peine 15 % de la population. Le gouvernement du Québec a été le seul à se préoccuper du besoin de voir le fédéral respecter la répartition réelle des pouvoirs.

Dans l'ensemble, l'ECUS n'a pas changé vraiment la politique de la réforme des soins de santé au Canada et n'a pas répondu aux deux questions les plus fondamentales : qui devrait fixer les règles dans le secteur des soins de santé et quelles devraient être ces règles, surtout en ce qui

concerne la démarcation entre les secteurs public et privé ? En général, le débat portant sur l'ECUS a servi à concentrer une fois de plus l'attention sur la lutte éternelle entre le fédéral et les provinces au détriment du débat public portant sur la ligne de démarcation entre les secteurs public et privé dans le système d'assurance-maladie.

Quelques facteurs de comparaison : l'Allemagne et l'Australie

Étant donné la nature de la présente étude, il est utile de tenir compte de la façon dont d'autres fédérations ont géré l'évolution de leur système de santé, ainsi que des façons dont le cadre institutionnel facilite ou enraye la coopération entre les différents paliers de gouvernement. Cette partie de l'étude ne constitue pas une recension détaillée des documents comparatifs : elle vise plutôt simplement à mieux comprendre le fonctionnement des mécanismes institutionnels dans les systèmes de soins de santé. Nous concentrons particulièrement notre attention sur l'Allemagne et l'Australie, non seulement parce que ces pays ont un régime fédéral, mais aussi parce que le gouvernement central y joue un rôle important dans l'élaboration des politiques sur les soins de santé.

Comme le montre le tableau 1, les dépenses publiques de santé occupent une place importante dans les dépenses totales de l'État et les institutions politiques fédérales ne peuvent expliquer la variation entre les pays. Autrement dit, nous constatons des différences importantes entre les États fédéraux en ce qui concerne leur part des dépenses totales de santé, qui varient d'un minimum de 44,8 et 54,9 % aux États-Unis et en Suisse respectivement, à des maximums de 70,1 % au Canada et 75,8 % en Allemagne. Dans certains États unitaires de l'Europe, les dépenses publiques de santé atteignent un pourcentage encore plus élevé : 83,8 % en Suède, par exemple.

Il est utile d'aborder brièvement l'évolution des relations intergouvernementales dans certains régimes fédéraux comme ceux de l'Allemagne et de l'Australie afin de déterminer s'il est possible de tirer de ces expériences des leçons utiles pour le Canada.

L'Allemagne a mis en œuvre le premier régime national moderne d'assurance-maladie en 1885. Dans l'ensemble, la structure fondamentale de l'assurance-maladie et des services assurés n'a à peu près pas changé depuis sa création (Lassey, Lassey et Jinks 1997, 130). La contribution financière des patients qui ont recours à l'assurance privée est importante. En ce qui concerne le cadre institutionnel, les responsabilités sont réparties entre le fédéral, les États et les administrations locales. Dans le domaine des soins de santé, toutefois, comme dans beaucoup d'autres cas de compétence partagée, on considère que le fédéralisme allemand est très centralisé. Comme le soutient Wassener, « cette domination du gouvernement fédéral dans le domaine des compétences simultanées est particulièrement vraie dans celui des politiques sociales où les États ont très peu de compétence législative exclusive » (2002, 70). Les États interviennent néanmoins dans le processus décisionnel par leurs représentants au Bundesrat (la Chambre haute du Parlement allemand). En ce qui concerne la structure institutionnelle, les lois fédérales régissent donc les pratiques et les politiques dans le secteur de la santé. Un comité de médiation est chargé de trouver une solution à tout conflit entre le Bundestag et le Bundesrat. Dans le régime allemand de ce qu'on qualifie souvent de *fédéralisme réciproque*, l'adoption de mesures législatives passe par un consensus intergouvernemental. Les politiques publiques sont ainsi stables, même si la complexité du processus de négociation et de compromis signifie qu'il est plus difficile d'adopter de nouvelles mesures.

Tableau 1
Indicateurs choisis des comptes nationaux sur la santé, estimations de 1998

	Dépenses totales de santé en % du PIB	Dépenses publiques de santé en % du total des dépenses de santé	Dépenses privées de santé en % du total des dépenses de santé	Dépenses publiques de santé en % des dépenses gouverne-mentales générales	Dépenses de sécurité sociale consacrées à la santé en % des dépenses de santé	Dépenses de santé financées par les impôts en % des dépenses publiques de santé	Assurance santé privée en % des dépenses privées de santé	Dépenses de santé totales par habitant au taux de change officiel ($US)	Dépenses de santé publiques par habitant au taux de change officiel ($US)
Fédérations									
Australie	8,6	69,9	30,1	16,8	0	100,0	24,8	1 672	1 172
Autriche	8,0	71,8	28,2	11,2	59,6	40,4	25,9	2 097	1 506
Belgique	8,6	71,2	28,8	12,0	88,0	12,0	7,0	2 110	1 502
Canada	9,3	70,1	29,9	14,7	1,7	98,3	37,5	1 867	1 296
Allemagne	10,3	75,8	24,2	16,4	91,6	8,3	29,5	2 697	2 044
Suisse	10,6	54,9	45,1	10,4	72,3	27,7	23,8	3 877	2 127
États-Unis	12,9	44,8	55,2	16,9	33,2	66,8	60,7	4 055	1 817
États unitaires									
Danemark	8,3	81,9	18,1	12,5	0	100,0	8,2	2 737	2 241
Finlande	6,9	76,3	23,7	10,5	19,8	80,2	10,5	1 735	1 323
France	9,3	76,1	23,9	13,9	96,8	3,2	52,7	2 297	1 747
Suède	7,9	83,8	16,2	11,4	0	100,0	-	2 144	1 797

Source : Organisation mondiale de la santé 2001.

Le système de soins de santé allemand repose sur plusieurs principes de base : le principe de l'assurance, le principe de l'autoadministration et les principes de l'organisation et de la diversité, dans la mesure où il n'y a pas de programme national d'assurance-maladie (Wassener 2002, 72-73). Ainsi, si l'État central définit les paramètres de la politique des soins de santé, « la conception spécifique des services de santé et leur prestation sont très centralisées, relevant de la compétence de presque 600 fonds sociaux indépendants » (Banting et Corbett 2002, 11). Même si les priorités sont établies au niveau central de la fédération, les États sont chargés de mettre en œuvre une loi fédérale. Cela dit, l'autonomie politique constitue une caractéristique importante du système de soins de santé à tous les échelons (Mendoza et Henderson 1995, 243; Lassey, Lassey et Jinks 1997, 134). Les États comportent des régies de la santé et des services de soutien équivalant à ceux de la structure fédérale. Chaque État détermine ses besoins en équipement, hôpitaux, etc. Tout compte fait, on considère que l'Allemagne est un des environnements de soins de santé les plus réglementés au monde (Mendoza et Henderson 1995, 241). Il est intéressant de signaler qu'un groupe de 90 membres appelé « Concertation pour les affaires de santé » présente des recommandations au gouvernement deux fois par année. Il s'agit d'un groupe national qui représente les membres de fonds d'assurance-maladie, les fournisseurs, les consommateurs, et qui compte un personnel de sept conseillers médicaux et économiques (Lassey, Lassey et Jinks 1997, 134). Sans compter qu'il élabore des lignes directrices, le groupe produit un rapport annuel sur l'état du système de santé, où il recommande des modifications du système au ministre fédéral du Travail et des Affaires sociales.

Des plafonds budgétaires négociés entre les principaux intervenants et appliqués par le gouvernement fédéral limitent la capacité des médecins et des hôpitaux d'exiger des honoraires ou des frais. L'État paie environ le cinquième des dépenses consacrées aux soins de santé à même le Trésor, les employés qui cotisent à une caisse d'assurance qui distribue les recettes (après avoir perçu des frais d'administration de 4 %) en paient environ la moitié et les ménages, les cotisations d'employés à des fonds d'assurance, l'assurance privée et les dépenses directes paient un peu plus du tiers des coûts (Mendoza et Henderson 1995, 235). En 1989, on a adopté une loi pour limiter explicitement la croissances des coûts du système au niveau de celle des salaires, qui a fait de l'Allemagne le premier pays à définir officiellement une fraction du revenu à consacrer aux soins de santé (Lassey, Lassey et Jinks 1997, 141).

L'Australie présente un tableau très différent. Le pouvoir financier centralisé y est beaucoup plus important que dans quatre autres pays de l'OCDE (États-Unis, Allemagne de l'Ouest, Canada, Suisse) au cours des années mentionnées, soit 1975 et 1985. De 1975 à 1985, l'Australie a connu une tendance à la centralisation financière (Gray 1991, 19). En Australie, la politique de santé prévoyait au début que les services seraient fournis par le secteur public. La Constitution de 1901 a accordé aux États un pouvoir important sur l'éducation, la santé et d'autres questions sociales (Roemer 1991, 170). La santé relevait à l'origine de la compétence des États et l'intervention du gouvernement fédéral était limitée aux questions de quarantaine. Comme dans beaucoup d'autres domaines de politique, le gouvernement fédéral y a étendu son rôle au fil des ans. En 1921, on a créé un ministère de la Santé du Commonwealth par l'entremise duquel le gouvernement fédéral a commencé à aider les États à fournir des services de santé publics. Un amendement constitutionnel adopté en 1946 a donné au gouvernement fédéral un vaste pouvoir sur tous les aspects de la politique de santé. Depuis la Seconde Guerre mondiale, le

Commonwealth domine les processus d'élaboration de politiques, tandis qu'au Canada « les provinces sont demeurées le principal niveau de gouvernement » (Gray 1991, 22). Les années 40 ont été caractérisées par ce que Gray appelle « une grande coopération entre les responsables des politiques des États et du Commonwealth. Cette expérience montre que le fédéralisme coopératif peut devenir une réalité dans certaines conditions et que les processus décisionnels conjoints ne débouchent pas nécessairement sur l'obstruction et le retard » (Gray 1991, 79). On remarque néanmoins que le Parti travailliste a joué un rôle important dans l'élaboration des politiques des États et la conception d'un service national de santé. Comme le parti CCF-NPD au Canada, le Parti travailliste est à l'origine de l'inscription au programme national de l'universalité de l'accès aux soins de santé. L'impact des partis politiques sur l'élaboration de politiques présente toutefois des différences importantes entre le Canada et l'Australie. Le Parti libéral et le Parti progressiste-conservateur ont tous deux appuyé l'élaboration de politiques proposées par le Parti CCF-NPD, ou y ont « acquiescé ». En Australie, les autres partis se sont toujours opposés aux politiques de santé du Parti travailliste (Gray 1990, 51). C'est pourquoi des changements majeurs des politiques de santé ont suivi chaque changement de gouvernement survenu en Australie depuis les années 40.

Le gouvernement fédéral est chargé de définir les paramètres du système de santé comme les honoraires des médecins, les remboursements de l'assurance-maladie et les frais imposés aux patients privés dans les hôpitaux publics (Hancock 2002, 111). Comme le soutient Linda Hancock,

> Le système de soins de santé de l'Australie repose sur les assises suivantes : (i) les principes de l'assurance-maladie : universalité, facturation en vrac, accès gratuit aux soins hospitaliers publics, accès au médecin de son choix pour soins extrahospitaliers et liberté générale des médecins – compte tenu des pratiques cliniques acceptées – pour déterminer le traitement qui convient à leurs patients; (ii) une entente globale entre le Commonwealth et les États et les territoires qui porte sur les principes et le cadre régissant les relations entre le fédéral et les États dans les domaines de la santé et des services communautaires; (iii) sous la direction générale du Commonwealth, l'établissement conjoint de priorités, de buts et de résultats de la qualité pour les deux paliers de gouvernement, les États et les territoires ayant de plus en plus de responsabilités à l'égard de la prestation des services afin de produire les résultats convenus. (Hancock 2002, 108)

Au niveau institutionnel, la centralisation des pouvoirs en Australie signifie que la réforme est possible à l'échelon fédéral seulement. Le Commonwealth peut influencer les détails de la politique de santé, voire même imposer sa volonté en la matière, contrairement au Canada où le fédéral peut seulement établir les conditions générales du financement qu'il accorde aux provinces. Les arrangements entre le fédéral et les États sont essentiellement de nature financière, c'est-à-dire que les gouvernements des États et des territoires reçoivent des subventions pour le fonctionnement des hôpitaux. L'avènement de l'assurance-maladie en 1984, par exemple, n'a pas provoqué beaucoup de conflits même si l'offre fédérale n'accordait pas d'avantages financiers aux États. Ce qui explique le mieux ce phénomène, c'est probablement que les États ont accepté facilement le régime fédéral, car on considère que la politique du Parti travailliste lie tous les membres du parti. Pour Gray, « tout indique fortement que les idéologies et les orientations des gouvernements, et les pressions générales qui s'exercent au sein des

régimes politiques, peuvent être beaucoup plus importantes que les arrangements institutionnels » (1990, 103). Depuis 1984, le financement de l'assurance-maladie provient principalement du fédéral, mais il est aussi complété par les gouvernements des États et des territoires (hôpitaux publics surtout) et par le secteur privé (dépenses directes des consommateurs principalement). On a établi en 1984 un droit pour l'assurance-maladie afin de compléter d'autres revenus fiscaux et de couvrir les coûts, pour les États et les territoires, des patients qui choisissaient d'adhérer à l'assurance-maladie. Les prestateurs de soins de santé sont inscrits auprès de chaque État, qui les contrôle (Mendoza et Henderson 1995, 191) et les médecins sont réglementés par chaque État. Selon Gray, « la centralisation des pouvoirs en Australie, du moins en ce qui a trait à la politique de santé, donne au Commonwealth une liberté stratégique du même ordre que celle que l'on trouve dans les régimes unitaires » (1990, 155).

La discussion des arrangements fiscaux intergouvernementaux a toujours eu lieu dans le contexte des réunions des premiers ministres. Comme au Canada, les États se servent souvent de ces réunions pour se plaindre de questions comme le déséquilibre fiscal et le financement insuffisant du système de soins de santé. Comme le signale Hancock, « les autres mécanismes de coopération intergouvernementale comprennent le Conseil des ministres du Commonwealth et des États, le Conseil des gouvernements de l'Australie (COAG), le Conseil des prêts, ainsi que les conférences ministérielles dans des domaines stratégiques particuliers, les comités de hauts fonctionnaires et les organismes gouvernementaux de communications bilatérales » (2002, 120). Le mécanisme le plus important demeure toutefois le COAG, créé en 1992 et qui « regroupe le premier ministre, les premiers ministres des États et des territoires, les principaux ministres, le président de l'Association des administrations locales. Il faut aussi comprendre qu'il reflète la nature simultanée du fédéralisme australien et témoigne du fédéralisme coopératif en Australie » (Hancock 2002, 120). Au cours des années 90, la question du déséquilibre fiscal a fait l'objet de discussions au comité, qui a aussi cherché à clarifier les rôles et responsabilités de chaque palier de gouvernement dans le système de soins de santé. La diminution des transferts a aussi soulevé des débats, car les États se sont plaints que ces transferts leur imposaient des frais d'administration pendant que le gouvernement central maintenait sa propre bureaucratie importante.

L'expérience de l'Australie démontre que les relations entre le fédéral et les États ne sont pas toujours conflictuelles et qu'il n'y a pas toujours des tensions entre les membres du même parti à l'échelon fédéral et à celui des États. Les enjeux reliés à la responsabilité fédérale dans le domaine des soins de santé et au financement des services soulèvent néanmoins des conflits comme au Canada. D'une part, les différences politiques entre les partis alourdissent les tensions intergouvernementales et réduisent la probabilité d'entente sur les politiques et, d'autre part, on a mis en place des mécanismes institutionnels pour faciliter la gestion de la conception des politiques portant sur le système de soins de santé.

Recommandations portant sur le changement

Dans cette partie, nous répondons aux questions qui nous ont été posées dans les directives que nous avons reçues à l'origine pour cette étude.

1. Les tensions des dernières années sont-elles inusitées ou font-elles partie d'un cycle historique ?

   Notre analyse des publications sur les institutions politiques révèle que les gouvernements, tant fédéraux que provinciaux, défendront naturellement leur propre champ de compétence. La plupart des conflits entre les deux paliers de gouvernement portent naturellement sur des questions financières et fiscales. Le cas du Canada diffère un peu de celui d'autres pays, car le gouvernement du Québec défend avec une fermeté particulière la répartition originale des pouvoirs établie dans la *Loi constitutionnelle de 1867*. D'autres provinces canadiennes ont fait preuve de flexibilité dans leur interprétation de la répartition des pouvoirs (même si toutes les provinces ont soulevé la question du déséquilibre fiscal vertical), mais le Québec n'a pas voulu sacrifier ses pouvoirs, comme le démontre le fait que le gouvernement du Québec n'a pas signé l'Entente-cadre sur l'union sociale.

2. Y a-t-il des secteurs où les relations fédérales-provinciales sont plus harmonieuses et pourraient déboucher sur d'importantes innovations dans le système ?

   On considère souvent que l'ECUS constitue un modèle d'une relation plus harmonieuse. Nous ne croyons toutefois pas que ce modèle soit pratique et nous répétons les arguments avancés par le gouvernement du Québec. Le modèle de la diplomatie fédérale-provinciale ou des négociations intergouvernementales a servi avec succès dans un vaste éventail de relations fédérales-provinciales, particulièrement lorsque les négociations en cause reposent sur les principes du respect mutuel, du partenariat et de l'égalité des gouvernements participants. On pourrait appliquer ces principes dans le secteur des soins de santé avec plus de succès que dans le passé, comme nous le verrons ci-dessous.

3. Comment les relations fédérales-provinciales au Canada se comparent-elles à celles qui existent dans d'autres pays ? Comment d'autres pays font-ils face à leurs tensions ?

   Notre analyse comparative démontre qu'il existe des tensions entre le fédéral et les gouvernements infranationaux dans tous les régimes fédéraux, sauf dans des cas comme celui de l'Australie, où un palier de gouvernement domine le secteur des soins de santé. Nous croyons toutefois que le modèle australien est instructif à cause des mécanismes institutionnels structurés mis en place pour régler les questions de santé, et en particulier le COAG. Dans le scénario australien, par ailleurs, les gouvernements provinciaux (et en particulier celui du Québec, qui ne serait toutefois pas le seul) n'accepteraient pas la domination du gouvernement fédéral, qui perturberait les relations institutionnelles historiques entre les deux paliers de gouvernement dans ce domaine. Nous croyons toutefois que l'institutionnalisation des intervenants du système, comme dans le modèle allemand, ainsi que l'engagement stable et à long terme de consacrer du financement au système sont deux idées qu'il faudrait reprendre au Canada (voir ci-dessous).

4. Quelles modifications faudrait-il apporter aux mécanismes de coopération entre les deux paliers de gouvernement afin d'améliorer les relations entre eux à long terme ?

Les principes généraux qui devraient guider la coopération entre les deux paliers de gouvernement sont les suivants : partenariat égal entre le fédéral et les provinces dans la gestion du système de soins de santé; stabilité, transparence et caractère redditionnel du financement du système au fil des ans; participation et contribution de la population et des intervenants à la gestion du système. Nous supposons en outre que nous maintiendrons un système public de soins de santé sans permettre une privatisation importante et que nous maintiendrons le principe du caractère public, universel, accessible et transférable du système conformément à la *Loi canadienne sur la santé* de 1984. Nous croyons plus précisément que le TCSPS et le fait de compter les points d'impôt transférés d'un palier de gouvernement à un autre ne respectent pas ces principes. Ils ont rendu le financement du système instable et incertain, systématisé l'insuffisance du financement et déséquilibré le système sur le plan fiscal, sans oublier qu'ils ont ouvert la porte aux forces politiques, tant canadiennes que continentales, qui favorisent la privatisation totale ou partielle du système. Nous sommes d'avis qu'il est absolument essentiel que le gouvernement fédéral fasse disparaître à la fois le TCSPS et les débats sur les points d'impôt transférés. Le meilleur système serait selon nous un système où il y aurait un seul paiement global du fédéral pour les soins de santé, qui serait régi par les principes généraux de la *Loi canadienne sur la santé*, mais qu'un mécanisme de désengagement limité viendrait assouplir. Le gouvernement devrait s'engager à long terme à revenir graduellement au financement moitié-moitié des soins de santé et les provinces devraient obligatoirement affecter à la santé le transfert fédéral reçu à cet égard. Nous croyons en outre que les mécanismes intergouvernementaux de gestion des relations fédérales-provinciales dans le domaine des soins de santé devraient institutionnaliser les relations entre les ministres de la Santé, et y inclure d'autres intervenants[1] comme dans le cas du modèle allemand. Dans la même veine et conformément à ces principes et aux nouveaux mécanismes, le gouvernement fédéral ne devrait pas lancer d'initiatives unilatérales en utilisant son pouvoir de dépenser dans des champs de compétence des provinces. Il devrait plutôt proposer de nouvelles initiatives dans le domaine des soins de santé par l'entremise de cette nouvelle institution intergouvernementale.

---

1 La participation des intervenants dans les mécanismes intergouvernementaux est une question beaucoup trop complexe pour qu'on l'analyse en détail ici. Nous recommandons aux lecteurs intéressés de consulter les ouvrages suivants : Mendelsohn et McLean 2002*a* et 2002*b*; Phillips 2001; Mendelsohn 2000.

Bibliographie

Adams, Duane. 2002. Conclusions: Proposals for Advancing Federalism, Democracy and Governance of the Canadian Health System, dans *Federalism, Democracy and Health Policy in Canada*, publié sous la direction de Duane Adams, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, p. 271-306.

Armstrong, Pat et Hugh. 1996. *Wasting Away*: *The Undermining of Canadian Health Care*, Toronto, Oxford University Press.

____. 1991. *Health care as a business : the legacy of free trade*, Ottawa, Centre canadien de recherche en politiques de rechange/Canadian Centre for Policy Alternatives.

Asselin, Robert B. 2001. *L'union sociale canadienne : questions relatives au partage des pouvoirs et au fédéralisme fiscal*, Ottawa, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement. http://www.parl.gc.ca/information/library/PRBpubs/prb0031-f.htm (19 février 2002).

Banting, Keith. 1987. *The Welfare State and Canadian Federalism*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press.

____. 1985. Institutional Conservatism and Pension Reform, dans *Canadian Social Welfare Policy: Federal and Provincial Dimensions*, publié sous la direction de Jacqueline S. Ismael, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, p. 48-74.

Banting, Keith et Stan Corbett. 2002. Health Policy and Federalism: An Introduction, dans *Health Policy and Federalism. A Comparative Perspective on Multi-Level Governance*, publié sous la direction de Keith G. Banting et Stan Corbett., Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, p. 1-38.

Battle, Ken et Sherri Torjman. 1993. *Federal Social Programs: Setting the Record Straight*, Ottawa, Caledon Institute of Social Policy.

Brown, Malcolm C. 1986. Health Care Financing and the Canada Health Act, *Revue d'études canadiennes*, vol. 21, n° 2, p. 111-132.

Cairns, Alan C. 1985. The Politics of Constitutional Conservatism, dans *Redesigning the State: The Politics of Constitutional Change in Industrial Nations,* publié sous la direction de Keith G. Banting et Richard Simeon, Toronto, University of Toronto Press, p. 95-145.

____. 1971. The Judicial Committee and Its Critics, *Canadian Journal of Political Science*, vol. 4, p 301-45.

Canada. 1940. *Rapport de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces* [Commission Rowell-Sirois], Ottawa, Imprimeur de la Reine.

Canada. Chambre des communes. 1983-84. *Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs Respecting Bill C-3, Canada Health Act.* 32e Législature, 2° Session, Ottawa.

Canada. Groupe de travail parlementaire sur les relations fédérales provinciales. 1981. *Fédéralisme fiscal au Canada*, Ottawa.

Canada, ministère des Finances. 2001. *Le plan budgétaire de 2001*, Ottawa, ministère des Finances, http://www.fin.gc.ca/budget01/pdf/bpf.pdf (12 mai 2002).

Charles, C. et Robin F. Badgley. 1987. Health and Inequality: Unresolved Policy Issues, dans *Canadian Social Policy*, publié sous la direction de Shankar A. Yelaja, Waterloo, Wilfrid Laurier University Press, p. 47-64.

Coburn, D. 2000. Income Inequality, Social Cohesion and the Health Status of Populations: The Role of Neo-liberalism. *Social Sciences and Medicine*, vol. 51, n° 1, p. 135-146.

_____. 1999. Phases of Capitalism, Welfare States, Medical Dominance, and Health Care in Ontario, *International Journal of Health Services*, vol. 29, n° 4, p. 833-851.

Cohn, Daniel. 1996. The Canada Health and Social Transfer: Transferring Ressources of Moral Authority Between Levels of Government ?, dans *Canada : l'État de la fédération*, publié sous la direction de Patrick C. Fafard et Douglas M. Brown, Kingston, Institut des relations intergouvernementales.

Cohn, Theodore H., Stephen McBride et John Wiseman éds. 2000. *Power in the Global Era : Grounding Globalization*, New York, St. Martin's Press.

Conseil national du bien-être social. 1991. *Le danger qui guette le financement de la santé et de l'enseignement supérieur*, Ottawa.

Courchene, Thomas. 1995. *Redistributing Money and Power: A Guide to the Canada Health and Social Transfer*, Winnipeg, Kromar Printing Ltd.

_____. 1985. The fiscal arrangements: focus on 1987, dans *Ottawa and the Provinces: The Distribution of Money and Power*, Toronto, Conseil économique de l'Ontario.

Dion, Stéphane. 2001. *La situation financière de nos gouvernements: la fédération équilibrée.* http://www.pco-bcp.gc.ca/aia/default.asp ?Language=F&page=pressroom&sub=speeches&doc= 20010410_f.htm (19 février 2002).

Fafard, Patrick. 1997. Groups, Governments and the Environment: Some Evidence from the Harmonization Initiative, dans *Managing the Environmental Union: Intergovernmental Relations and Environmental Policy in Canada*, publié sous la direction de Patrick C. Fafard et Kathryn Harrison, Kingston, Institut des affaires intergouvernementales, Université Queen's, p. 81-100.

Gagnon, Alain-G. 2000. L'opposition du Québec à l'union sociale canadienne, dans *L'union sociale canadienne sans le Québec. Huit études sur l'entente-cadre*, publié sous la direction de Alain-G. Gagnon, Montréal, Éditions Saint-Martin, p. 11-18.

Gray, Gratton. 1990. Social Policy by Stealth, *Options politiques*, vol. 11, n° 2, p. 17-29.

Gray, Gwendolyn. 1991. *Federalism and Health Policy: The Development of Health Systems in Canada and Australia*, Toronto, University of Toronto Press.

Green, Donald P. et Ian Shapiro. 1994. *Pathologies of Rational Choice Theory: A Critique of Applications in Political Science*, New Haven, Yale University Press.

Hadley, M. 1995. Nursing Practices in Canada. The Influence of Current and Proposed Legislation, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 22, n° 6, p. 1210-1217.

Hancock, Linda. 2002. Australian Intergovernmental Relations and Health, dans *Health Policy and Federalism. A Comparative Perspective on Multi-Level Governance*, publié sous la direction de Keith G. Banting et Stan Corbett, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, p. 107-142.

Institut canadien d'opinion publique. 1984. *Rapport Gallup*, Ottawa.

Kickbusch, I. 2000. The Development of International Health Policies – Accountability Intact ?, *Social Science and Medicine*, vol. 51, n° 6, p. 979-989.

Labonte, R. 1998. Healthy Public Policy and the World Trade Organization: A Proposal for an International Health Presence in Future World Trade/Investment Talks, *Health Promotion International*, vol. 13, n° 3, p. 245-256.

Lassey, Marie L, William R. Lassey et Martin J. Jinks. 1997. *Health Care Systems Around the World: Characteristics, Issues, Reforms*, Upper Saddle River, Prentice Hall.

Lazar, Harvey. 2000. In Search of a New Mission Statement for Canadian Fiscal Federalism, dans *Canada: The State of the Federation 1999-2000*, publié sous la direction de Harvey Lazar, Kingston, Institut des affaires intergouvernementales, Université Queen's, p. 3-40.

Leibfried, Stephan et Paul Pierson, éds. 1995. *Politiques sociales européennes : entre intégration et fragmentation*, Washington, Brookings Institution.

Maioni, Antonia. 1999. Decentralization in Health Policy, dans *Stretching the Federation: The Art of the State in Canada*, publié sous la directions de Robert Young, Kingston, Institut des relations intergouvernementales, Université Queen's, p. 97-121.

_____. 1998. *Parting at the Crossroads: The Emergence of Health Insurance in the United States and Canada*, Princeton, Princeton University Press.

Mallory, J. R. 1954. *Social Credit and the Federal Power in Canada*, Toronto, University of Toronto Press.

Maslove, Allan M. 1992. Reconstructing Fiscal Federalism, dans *How Ottawa Spends: The Politics of Competitiveness, 1992-93*, publié sous la direction de Frances Abele, Ottawa, Carleton University Press, p. 57-78.

Matier, Chris, Lisa Wu et Harriet Jackson. 2001. *Analysing Vertical Fiscal Imbalance in a Framework of Fiscal Sustainability*, Ottawa, ministère des Finances. http://www.fin.gc.ca/wp/2001-23e.pdf (19 février 2002).

McBride, Stephen et John Shields. 1997. *Dismantling a Nation : The Transition to Corporate Rule in Canada*, Halifax, Fernwood Pub.

_____. 1993. *Dismantling a Nation : Canada and the New World Order*, Halifax, Fernwood.

Mendelsohn, Matthew. 2000. Public Brokerage, Constitutional Reform, Public Participation and the Accommodation of Mass Publics, *Revue canadienne de science politique*, vol. 33, n° 2, p. 245-273.

Mendelsohn, Matthew et John McLean. 2002*a*. Getting Engaged: Strengthening SUFA through Citizen Engagement, dans *Building the Social Union: Perspectives, Directions and Challenge*, publié sous la direction de Tom McIntosh, Regina, Canadian Plains Research Centre and Saskatchewan Institute of Public Policy. http://qsilver.queensu.ca/~mattmen/papers/index.html (14 mai 2002).

_____. 2002*b*. Reconcilable Differences: Public Participation and Intergovernmentalism in Canada, dans *Federalism and Democracy*, publié sous la direction de Paul Thomas et David Stewart, Winnipeg, University of Manitoba Press. http://qsilver.queensu.ca/~mattmen/papers/index.html (14 mai 2002).

Mendelson, Michael. 1999. The Social Union and Health Care, *Revue canadienne de politique sociale*, vol. 43, p. 1-11.

Mendoza, Edward M. et Bryn J. Henderson. 1995. *International Health Care : A Framework for Comparing National Health Care Systems : Australia, Canada, France, Germany, Italy, Japan, Mexico, Netherlands, United Kingdom, United States*, Tampa, American College of Physician Executives.

Ministères des Finances de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut. 2001. *Revitalizing Federal-Provincial/Territorial Fiscal Relations. Summary and Recommendations.* http://www.scics.gc.ca/pdf/850082014.pdf (19 février 2002).

Ministre des Finances. Canada. 2002. *L'équilibre budgétaire au Canada: les faits.* http://www.fin.gc.ca/tocf/2002/fbcfacts_f.html (19 février 2002).

Ministres des Finances des provinces et territoires. 2001. *S'attaquer au déséquilibre fiscal. Rapport des ministres des Finances des provinces et des territoires.* http://www.scics.gc.ca/pdf/fiscal_f.pdf (19 février 2002).

Ministres provinciaux et territoriaux de la Santé. 2000. *Comprendre les coûts des services de santé au Canada. Rapport intérimaire.* http://www.gov.on.ca/health/french/pub/ministry/ptcd/ptcd_doc_f.pdf (19 février 2002).

Mishra, Ramesh. 1999. *Globalization and the Welfare State*. Cheltenham, R.-U., Edward Elgar Publishing.

Noël, Alain. 2000. Étude générale sur l'entente, dans *L'union sociale canadienne sans le Québec. Huit études sur l'entente-cadre*, publié sous la direction de Alain-G. Gagnon, Montréal, Éditions Saint-Martin, p. 19-48.

_____. 1999. Is Decentralization Conservative? Federalism and the Contemporary Debate on the Canadian Welfare State, dans *Stretching the Federation: The Art of the State in Canada*, publié sous la direction de Robert Young, Kingston, Institut des affaires intergouvernementales, Université Queen's, p. 195-225.

Olson, Mancur. 1971. *Logique de l'action collective*, Paris, Presses universitaires de France, 1987.

O'Neil, Michael. 1997. Stepping Forward, Stepping Back? Health Care, the Federal Government and the New Canada Health and Social Transfer, *Revue internationale d'études canadiennes*, vol. 15, p. 169-184.

Organisation mondiale de la santé. 2001. *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, France, OMS.

Ostry, Aleck. 2001. International Trade Regulation and Publicly Funded Health Care in Canada, *International Journal of Health Services*, vol. 31, n° 3, p. 475-480.

Pal. Leslie A. 2001. *Beyond Policy Analysis: Public Issue Management in Turbulent Times*, Scarborough, ITP Nelson.

Phillips, Susan D. 2001. SUFA and Citizen Engagement: Fake or Genuine Masterpiece?, *Policy Matters/Enjeux publics*, vol. 2, n° 7.

Pierson, Paul rév. 2001. *The New Politics of the Welfare State*, Oxford, Oxford University Press.

Paul Pierson. 1995. Introduction, dans *Eureopan Social Policy*, publié sous la direction de Stefan Liebfried et Paul Pierson, Washington, Brookings Institution.

_____. 1994. *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment*, Cambridge, Cambridge University Press.

Pierson, Paul et Miriam Smith. 1993. Bourgeois Revolutions? The Policy Consequences of Resurgent Conservatism, *Comparative Political Studies*, vol. 25, n° 4 (janvier), p. 487-520.

Québec. Commission sur le déséquilibre fiscal. 2002. *Pour un nouveau partage des moyens financiers. Rapport.* http://www.desequilibrefiscal.gouv.qc.ca/fr/pdf/rapport_fr.pdf (10 mai 2002).

Rocher, François. 1992*a*. La consécration du fédéralisme centralisateur, dans *Les objections de 20 spécialistes aux offres fédérales*, publié sous la direction de Claude Bariteau et coll., Montréal, Éditions Saint-Martin, p. 87-98.

_____. 1992*b*. Quebec's Historical Agenda, dans *Constitutional Politics*, publié sous la direction de Duncan Cameron et Miriam Smith, Toronto, James Lorimer, p. 23-36.

Roemer, Milton I. 1991. *National Health Systems of the World: Volume One, The Countries*, New York, Oxford University Press.

Ruggeri, G. C. 2001. *A Federation Out of Balance*. http://www.scics.gc.ca/pdf/860430004.pdf (19 février 2002).

Servais, Jean-Michel. 2001. Reflections on the European Model, *Relations industrielles/Industrial Relations*, vol. 56, n° 4, p. 701-719.

Simeon, Richard. 1972. *Federal Provincial Diplomacy: The Making of Recent Policy in Canada*, Toronto, University of Toronto Press.

Simeon, Richard et Ian Robinson. 1990. *L'État, la société et l'évolution du fédéralisme canadien*, Toronto, University of Toronto Press.

Taylor, Malcolm. 1989. Health Insurance: The Roller Coaster in Federal Provincial Relations, dans *Federalism and Political Community*, publié sous la direction de David P. Shugarman et Reg Whitaker, Peterborough, Broadview Press, p. 73-92.

_____. 1987. *Health Insurance and Canadian Public Policy*, Deuxième édition, Kingston et Montréal, McGill-Queen's University Press.

Trudeau, Pierre. 1968. The Practice and Theory of Federalism, dans *Federalism and the French Canadians*, New York, St. Martin's Press, p. 124-150.

Tuohy, Caroline. 1999. *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada*, New York, Oxford University Press.

_____. 1989. Health Care in Canada, dans *Challenges to Federalism: Policy-making in Canada and the Federal Republic of Germany*, publié sous la direction de William M. Chandler et Christian W. Zollner, Kingston, Institut des relations intergouvernementales, p. 141-160.

_____. 1988. Medicine and the State in Canada: The Extra-Billing Issue in Perspective, *Revue canadienne de science politique*, vol. 21, n° 2, p. 267-296.

Vaillancourt, Yves. 1988. *L'évolution des politiques sociales au Québec, 1940-1960*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.

Wassener, Dietmar. 2002. Federalism and the German Health Care System, dans *Health Policy and Federalism. A Comparative Perspective on Multi-Level Governance*, publié sous la direction de Keith G. Banting et Stan Corbett, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, p. 69-105.

Weaver, R. Kent et Bert Rockman. 1992. When and How Do Institutions Matter?, dans *Do Institutions Matter : Government Capabilities in the United States and Abroad*, Washington, Brookings Institution, p. 445-461.

Weir, Richard. 1973. Federalism, Interest Groups and Parliamentary Government: The Canadian Medical Association, *Journal of Commonwealth Political Studies*, vol. 11 (juillet), p. 159-175.

Wrobel, Marion G. 1994. *Les relations fiscales fédérales-provinciales au Canada: deux propositions de réforme*, Ottawa, Direction de la recherche parlementaire. http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/bp382-f.htm. (19 février 2002)